

Näkökulmia lasten ja nuorten hoitotyön erityiskysymyksiin

Arja-Irene Tiainen & Tarja Ruukonen [toim.]



KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Karelia-ammattikorkeakoulun julkaisuja
B:52

Näkökulmia lasten ja nuorten hoitotyön erityiskysymyksiin

Arja-Irene Tiainen & Tarja Ruokonen (toim.)

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2017

Julkaisusarja	<i>B, Oppimateriaaleja ja kokoomateoksia: 52</i>
Julkaisusarjan vastaava toimittaja	<i>Kari Tiainen</i>
Toimittajat	<i>Arja-Irene Tiainen & Tarja Ruokonen</i>
Graafinen suunnittelu ja taitto	<i>Suvi Pajarinen</i>
Kannen valokuva	<i>Rasmus Härkönen</i>

© Tekijät ja Karelia-ammattikorkeakoulu

Tämän teoksen osittainenkin kopiointi on tekijänoikeuslain mukaisesti kielletty ilman nimenomaista lupaa.

ISBN 978-952-275-248-2 (painettu)
ISBN 978-952-275-249-9 (verkkojulkaisu)
ISSN-L 2323-6876
ISSN 2323-6876

Julkaisumyynti	<i>Karelia-ammattikorkeakoulu - Julkaisutoiminta julkaisut@karelia.fi tahtijulkaisut.net</i>
----------------	--

Sisältö

Arja-Irene Tiainen & Tarja Ruokonen: Lukijalle	5
Riitta Kantelinen & Arja-Irene Tiainen: Lastenhoitotyötä neljällä vuosikymmenellä	7
Kati Yletyinen & Arja-Irene Tiainen: Osastonhoitajan rooli johtajana ja kehittäjänä lastenosastolla	13
Tarja Ruokonen & Katja Vanttaja-Keronen: Lasten hoitotyön työryhmä yhteisöllisyyttä kehittämässä	19
Tarja Ruokonen, Sari Johansson, Katja Sorjonen: LAPE-hanke lapsiperhetyötä kehittämässä	27
Arja-Irene Tiainen: YAMK-opinnäytetyöt työelämän kehittämisen välineenä	33
Suvi-Sirkku Koivuniemi & Tuija Raatikainen & Arja-Irene Tiainen: Isäneuvola ennaltaehkäisevänä perhepalveluna	39
Henna-Riikka Hiltunen & Arja-Irene Tiainen: Hoitohenkilökunta lapsen ja nuoren surun tukijana	49
Mira Koivula, Riina Kurki, Raija Latvala, Tarja Ruokonen: Lääkehoitosuunnitelma Lieksan varhaiskasvatuksessa	63
Petra Eronen, Mira Kettunen, Arja-Irene Tiainen: Lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen yhteispäivystyksessä	71
Anu Haapalainen & Minna Laakkonen & Merja Nuutinen: Itseään viiltelevän nuoren kohtaaminen	81



Lukijalle

Tämän kirjan julkaiseminen sai alkunsa ylemmässä ammattikorkeakoulututkinnossa tehdyistä opinnäytetöistä, joiden ajankohtaisista aihealueista toivoisi mahdollisimman monen saavan työhönsä mietittävää ja osaamista. Lasten ja nuorten hoitotyö on myös sellainen osa-alue, josta on olemassa vähemmän julkaisuja. Karelia-ammattikorkeakoulussa on kuitenkin tehty useita opinnäytetöitä aiheeseen liittyen. Lisäksi lasten hoitotyön toimijat ovat Pohjois-Karjalan alueella aktiivisia alueen lasten ja nuorten hyvinvointiin vaikuttajia. Yksi esimerkki tällaisesta toiminnasta on lasten hoitotyön työryhmä, jonka toimintaa tässä julkaisussa kuvataan.

Suurin osa julkaisun artikkeleista on valittu ylempien ammattikorkeakoulututkintojen sekä sairaanhoitajan ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetöistä. Opinnäytetyön prosessista ja sen kehittämisestä kerrotaan julkaisun artikkelissa ”YAMK-opinnäytetyöt työelämän kehittämisen välineenä”. Artikkelissa kuvataan opinnäytetöihin liittyvää yhteistyötä työelämän sekä erilaisten hankkeiden kanssa. Konkreettisena esimerkkinä hankeyhteistyöstä on artikkeli LAPE-hankkeesta Karelia-ammattikorkeakoulussa.

Julkaisun artikkeleissa kuvataan muun muassa lastenosaston osastonhoitajien kokemuksia lähijohtamisesta ja siinä tapahtuneita muutoksista neljällä vuosikymmenellä. Lastenosaston osastonhoitajan työn viimeaikaisia muutoksia kuvataan tarkemmin artikkelissa ”Osastonhoitajan rooli johtajana ja kehittäjänä lastenosastolla”.

Lapsi voi kohdata elämänsä aikana monenlaisia menetyksiä, mutta yksi elämän raskaimmista menetyksistä on läheisen kuolema. Tätä teemaa käsitellään artikkelissa, jossa kerrotaan henkilökunnan roolista surevan lapsen ja nuoren tukemisessa. Lasten kaltoinkohtelun tunnistamiseen yhteispäivystyksessä on kehitetty työohje. Työohje

toimii hoitohenkilökunnan työkaluna, joka edesauttaa ja selkeyttää eri ammattiryhmien välistä toimintaa lasten kaltoinkohtelun tunnistamisessa.

Isyyden muuttuminen erilaisten perherakenteiden myötä on lisännyt tarvetta kehittää ennaltaehkäiseviä perhepalveluita isän osallisuutta vahvistavaksi. Isäneuvolan toimintamallia kuvataan artikkelissa ”Isäneuvola ennaltaehkäisevänä perhepalveluna”.

Työelämälähtöisyys on keskeinen asia sairaanhoitajakoulutuksen opinnäytetöissä. Lasten lääkehoitosuunnitelman laatiminen Lieksan varhaiskasvatuksen henkilöstölle on hyvä esimerkki toimivasta yhteistyöstä työelämän kanssa ja myös oivallinen osoitus sairaanhoitajaopiskelijoiden asiantuntemuksen hyödyntämisestä kehittämistyössä.

Terveystyön opinnoissa kehittämistyön tavoitteena on soveltaa näyttöön perustuvaa tietoa työelämälähtöisessä kehittämistoiminnassa. Esimerkkinä terveydenhoitajatyön kehittämistyöstä on tässä julkaisussa artikkeli itseään viiltelevän nuoren kohtaamisesta.

Tämä julkaisu on suunnattu sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulu- ja toisen asteen opiskelijoille ja sekä alan henkilöstölle oman osaamisen vahvistamiseen. Sote-alan opettajat voivat hyödyntää julkaisuun koottua tietoa erilaisissa koulutuksissa ja opetustyössä.

Lämpimät kiitokset kuuluvat kaikille opiskelijoille ja muille artikkelien kirjoittamiseen osallistuneille. Suuret kiitokset julkaisukoordinaattori Kaisa Varikselle, jonka apu teoksen kokoamisessa on ollut ensiarvoisen tärkeää.

Joensuussa 15.12.2017

Arja-Irene Tiainen ja Tarja Ruokonen
Karelia-ammattikorkeakoulu



Lastenhoitotyötä neljällä vuosikymmenellä

RIITTA KANTELINEN, OSASTONHOITAJA,
SIUN SOTE – P-K:N SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN KY
ARJA-IRENE TIAINEN, YLIOPETTAJA,
KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Pohjois-Karjalassa on lastenosastoja ollut keskussairaalan perustamisesta vuodesta 1953 lähtien useampia; aluksi oli erikseen infektio-osasto, lastentautien osasto ja keskola. Hoitoajat olivat pitkiä ja vanhemmat eivät päässeet katsomaan esim. keskosena syntynyttä lastaan infektiovaaran vuoksi koko lapsen sairaalassaoloaikana. Lapsi saattoi olla useamman kuukauden osastolla ja häntä näytettiin kerran vuorokaudessa vanhemmille ikkunan läpi. Koska välimatkat olivat pitkät saattoivat vanhemmat nähdä lapsensa vain synnytyksen jälkeen äidin kotiutuessa ja seuraavan kerran valmiiksi paketoituna lapsen päästessä sairaalasta kotiin. Myös muilla lastenosastoilla vanhempia kehoitettiin välttämään sairaalassa käyntiä, koska lapsi alkaisi sitten ikävöidä ja lapsesta tulisi hankalasti hoidettava.

Hoitokeinojen kehittymisen myötä sairaalassaoloajat lyhenivät ja 1980-luvulla alkoi jo olla vallalla ajattelutapa, että lapsen paras hoitopaikka on kotona. Uuden kirurgin myötä leikkauspotilaan hoito-aika saattoi lyhentyä entisestä viikosta kolmeen-neljään päivään. Aikaisemmin oli

tulopäivä, leikkauspäivä ja sen jälkeen vähintään viisi hoitopäivää ennen kotiutusta, mutta uuden kirurgin myötä oli vain tulopäivä, leikkauspäivä ja kotiutus jo seuraavana tai viimeistään sitä seuraavana päivänä. Tämä oli mullistava uudistus ja vähensi hoitopäiviä radikaalisti vuositasolla. Myöhemmin siirryttiin vielä siihen, että lapsi tuli osastolle ravinnotta leikkausaamuna ja kotiutui seuraavana päivänä. Nykyisin on aivan tavallista, että pienetkin potilaat kotiutetaan jo leikkauspäivänä; he tulevat osastolle aamulla ja kotiutuvat iltapäivällä tai illalla. Lähes samassa aikataulussa on alettu ymmärtää, että lapsen paras hoitaja myös osasto-olosuhteissa on oma vanhempi. Näin ollen hoitajista on tullut hyvin pitkälle vanhempia ohjaavia ammattilaisia.

Tämän artikkelin kirjoittajista Riitta Kantelinen on työskennellyt keskolan ja lasten tehovuodeosaston apulaisosastonhoitajana 1987–1995 ja osastonhoitajaa 1995–2017, jolloin hän siirtyi määräaikaiseen työkiertoon naisyksien ja synnyttäneiden vuodeosastolle.

“

On alettu ymmärtää, että lapsen paras hoitaja myös osasto-olosuhteissa on oma vanhempi. Näin ollen hoitajista on tullut hyvin pitkälle vanhempia ohjaavia ammattilaisia.

Lastenhoitotyö vaatii yhteistyökykyä perheen kanssa

Lastensairanhoidossa tärkeintä on perhekeskeinen työote: vaikka potilaana on lapsi, niin koko perhe tulee huomioida hoitoa suunniteltaessa ja vanhemmat on otettava mukaan hoitosuunnitelman laadintaan ja käytännön toteutukseen mahdollisimman aikaisin. Nykyisissä tiloissa vanhempien läsnäolo jatkuvasti on melko haastavaa, koska tiloja ei ole suunniteltu esim. perheiden yöpymistä varten. Tämä epäkohta korjaantuu, kun Pohjois-Karjalan keskussairaalan uusi lastensiipi valmistuu muutaman vuoden kuluttua; siellä on kaikki huoneet suunniteltu niin, että perheet voivat yöpyä ja muutenkin olla lapsen luona 24/7.

Tehovuodeosastolla on käytössä PIPO-palaverit, jossa perhe ja hoitotiimi yhdessä sosiaalityöntekijän ja perhetöntekijöiden kanssa käyvät läpi lapsen syntymän jälkeisen ajan ja suunnittelevat hoitolinjat. PIPO on lyhenne pitkäaikaispotilaasta ja sai alkunsa perheiden antamasta palautteesta, jossa he kokivat, että he eivät tiedä riittävästi lapsensa hoidosta ja että heitä ei oteta riittävästi huomioon hoitoa suunniteltaessa. Ensimmäinen palaveri on yleensä viikon sisällä hoidon alkamisesta ja palavereja pidetään tarpeen mukaan hoidon edetessä. Hoidon lopussa on kotiutus-PIPO, missä käydään läpi hoito ja suunnitellaan kotiutus ja jatkoseurannat. Tärkeässä roolissa ovat sairaalan kuntoutusohjaajat, jotka toimivat jatkossa linkkinä perheen ja sairaalan välillä, sekä koordinoivat kotona jatkettavaa hoitoa yhdessä neuvolan ja tarvittavien

hoitotahojen kanssa. Heillä on laaja verkostokokemus eri yhteistyötahoihin. PIPO-palavereja on alettu käyttää myös toisella lastenosastolla sellaisten lasten hoidossa, joissa on oletuksena pidempi hoitojakso tai lapsella todetaan esim. läpi elämän jatkuva sairaus, kuten diabetes tai pitkäaikaiset suolistosairaudet.

Lapsen kasvun ja kehityksen tukeminen sairaalaa aikana on myös sairaanhoitajan tärkeä tehtävä yhdessä muiden ammattiryhmien kanssa. Pienellä keskosella se on lämmöstä ja ruoasta huolehtimista tärkeänä osana elintoimintojen ylläpitäviä hoitotoimenpiteitä ja turvallisen aikuisen, mieluiten oman vanhemman syliä ja kosketusta. Isompien lasten kohdalla se tarkoittaa mm. leikkiä ja kouluasioista huolehtimista yhdessä sairaalakoulun ja vanhempien kanssa.

Lasten sairaanhoidossa hoitajan on oltava yhteistyökykyinen ja -haluinen ja kyettävä kunnioittamaan perheen tapoja ja tottumuksia, elleivät ne vahingoita lapsen kasvua ja kehitystä. Erilaisuuden sietokyky on myös nykyaikaa; perheitä on hyvin erilaisista lähtökohdista ja erilaisilla kokoonpanoilla. Viime vuosina eri kulttuureista tulevien perheiden määrä on kasvanut todella paljon. Eri kulttuurien kohtaamisessa on pystyttävä kunnioittamaan perheen kulttuuria, mutta kyettävä toimimaan suomalaisen yhteiskunnan raameissa.

Lasten hoitotyössä tilanteet voivat vaihtua todella nopeasti ja aina on kyettävä muuttamaan suunnitelmaa tilanteen niin vaatiessa. Lapsi voi olla rauhallisesti vanhemman sylissä saamassa kenguru-hoitoa, kun lapsen vointi romahtaa äkillisesti. Silloin on pystyttävä toimimaan ripeästi ja tehokkaasti pelästyttämättä vanhempia. Samoin rauhallinen aamuhoitotilanne voi muuttua äkillisesti toisen lapsen elvytystilanteeksi ja silloin täytyy vain muuttaa suunnitelmaa ja palata alkuperäiseen suunnitelmaan niin pian kuin mahdollista elvytystilanteen jälkeen. Vanhempia on hyvä valmentaa siihen, että kaikki ei välttämättä mene aina suunnitelman mukaan, mutta suunnitelmaan palataan heti, kun se on mahdollista. Asioiden sanoittaminen on hyvä keino vanhempien kanssa toimiessa; silloin vanhemmat tietävät missä mennään ja mitä on odotettavissa.

Lasten lääkehoito vaatii ääretöntä tarkkuutta, koska lääkemäärät ovat pieniä ja lääkelaskut usein mikrogrammoja ja -litroja aikuisten grammoihin ja litroiin verrattuna. Siksi lastenosastoilla onkin käytössä lääkelaskujen kaksoistarkastus, jolloin kaksi hoitajaa tarkistaa laimenokset ja annettavat lääkemäärät. Tämä tehdään aina lää-

“

Asioiden sanoittaminen on hyvä keino vanhempien kanssa toimiessa; silloin vanhemmat tietävät missä mennään ja mitä on odotettavissa.



Piirros: Urho Leppälä

kärin määrätessä uuden lääkeannoksen. Myös jatkuvasti uusiutuva laitekanta digisovelluksineen vaatii tarkkuutta, että koneet ja laitteet toimivat asianmukaisesti. Jatkossa kun alle 32 raskausviikolla syntyvät lapset menevät syntymään ja alkuhoitoon yliopistosairaalaan on hoitajien ammattitaidon ylläpitämisestä pidettävä entistä parempaa huolta jatkuvalla lisäkoulutuksella ja mahdollisella työkierrolla yliopistosairaalaan. Elvytysvalmius on oltava jatkuvasti kunnossa ja sitä on harjoitettava säännöllisesti.

Käytännön kokemus lasten sairaanhoidosta on, että lapset tulevat päivystykseen ja sairaalahoitoon entistä huonokuntoisempina. Infektiot ovat voimakkaampia ja ajoittain pitkäkestoisempia, eivätkä kotikonstit riitä. Vuosien myötä lastenosastojen – ja poliklinikoiden työ on tiivistynyt. Tämä tarkoittaa taloudellisesta näkökulmasta henkilöstöresurssien järkevää käyttöä ja osaamisen hyödyntämistä. Esimiestasolla tehdään päivittäistä yhteistyötä ja liikutamme henkilökuntaa sinne, missä resursseja eniten tarvitaan, potilasturvallisuus huomioiden.

Muuttuva osastonhoitajan rooli lastenosastolla

Lastenosaston osastonhoitajan rooli on muuttunut vuosikymmenten saatossa. Aikaisemmin osastonhoitaja oli käytännön työssä mukana sijoittelemalla potilaat osastopaikoille ja kiertämällä lääkärin kanssa kirjaten samalla kiertomääräykset erilliseen kiertovihkoon. Kierron jälkeen osastonhoitaja piti kiertoraportin, missä osastohoitaja kertoi lapsia hoitavalle henkilöstölle mitä kierrolla oli määrätty. Osastohoitajan työnkuvaan kuului myös erilaisten seurantanäytteiden koordinointi niin laitteista kuin työntekijöistäkin sekä lisäksi suullinen raportointi ylihoitajalle osaston tilanteesta. Osastonhoitaja oli henkilö, joka tiesi mitä osastolla tapahtuu ja millaisia potilaita osastolla hoidetaan. Hänellä oli myös sihteerin tehtäviä, osastonhoitaja veti päivittäin viivat hoitokurvaan esim. lääkkeiden ja hoitotoimenpiteiden jatkumisen merkiksi. Työvuorotaulukko tehtiin aluksi käsin isoille seinälistoille ja samalla laskettiin maksuun menevät erilliskorvaukset listan loppuun. Myöhemmin sihteerien tullessa osaksi työyhteisöä osastonhoitaja suunnitteli listat ja sihteerit teki seinälistat ja laskennan. Työvuorolistoja alettiin suunnitella koneellisesti 1980-luvulla ja se vapautti työaikaa esimerkiksi kehittämiseen. Jälkikäteen huomaa, riippuen osastonlääkäristä ja/tai ylilääkäristä hoitotyön osuus päätöksenteossa ja hoitosuunnitelmissa alkoi kasvaa samaan aikaan ja myös hoitajien huomioita alettiin arvos-

taa. Vanhempien päästessä osastoille lapsensa seuraksi ja myöhemmin osaksi hoitotiimiä, myös vanhempien mieltä tuli tärkeämmäksi hoitopäätöksiä tehtäessä.

Siirryttäessä 2000-luvulle vanhempien rooli lapsen hoidossa oli jo kiistaton. Toki alussa niin osa hoitajista kuin lääkärikunnastakin oli sitä mieltä, että hoitajien tehtävä on hoitaa lapset ja ohjeistaa sitten kotiin lähtiesä vanhemmat hoitamaan asiat kotona. Nykyisin ollaan pääsääntöisesti yhtä mieltä siitä, että vanhempien paikka on lapsen vierellä osana hoitotiimiä.

Hoitoaikojen lyhentyessä ja osan hoidoista siirtyessä polikliiniksiksi tai päiväkirurgiassa tehtäväksi, vuodepaikkojen määrä väheni ja siksi on vähitellen siirrytty kahteen lastenosastoon; periaatteella infektio- ja kirurgiseen osastoon sekä keskosia ja sairaita vastasyntyneitä hoitavaan tehovuodeosastoon, jossa annetaan tehohoitoa myös alle kouluikäisille lapsille ja jossa hoidetaan syöpäpotilaat. Hengityskonehoidot on keskitetty pelkästään tehovuodeosastolle, joten infektioaikoina siellä on myös paljon eristyspotilaita hoidossa.

Lopuksi

Nuorten osuus väestöstä uhkaa yhä pienentyä. Tilastokeskuksen (2015) väestöennusteen mukaan Suomessa on vuonna 2030 enää 882 000 alle 15-vuotiasta. Vielä 1980-luvun alussa joka viides suomalainen oli alle 15-vuotias, mutta ennusteen mukaan alle 15-vuotiaiden osuus väestöstä pienenee 14 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä. Suurin syy nuorten määrän vähenemiseen on riittämättömällä tasolla oleva syntyvyys. Syntyvyyden laskulla on ollut jo nyt seurauksia sosiaali- ja terveyspalveluihin, ja lastenosastojen määrä on vähentynyt viime vuosina. Osastonhoitajan rooli on muuttunut lastenosastolla ja johtamiseen on tullut erilaisia näkökulmia. Paineet esimerkiksi henkilöstön osaamisen vahvistamiseen ja sen suunnitteluun ovat kovat. Syntyvyyden laskeminen ja hoidon keskittäminen yliopistosairaaloihin luo haasteita henkilökunnan osaamisen ylläpitämiseen.

Valtakunnallinen synnytyssairaaloiden vähentäminen ei ole lisännyt Siun soten – Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymässä synnyttäneiden määrää, vaan se on taittanut synnytysten vähenemistä. Valtakunnallinen trendi syntyvyyden vähenemisestä on näkynyt etenkin vuosien 2016 ja 2017 aikana. Siun soten – Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymässä vuonna 2016 syntyi 1463 lasta, joista 57 oli Savonlinnasta. Vuonna 2017 lapsia syntyi 1320.

Keskoshoidon keskittäminen yliopistosairaaloihin on vähentänyt tehovuodeosaston potilasmääriä ja vuoden 2018 alusta voimaan tuleva alle 32 raskausviikolla synnytysten keskittäminen yliopistosairaalaan vähentää vielä enemmän potilaspaikkoja. Kuinka se tulee vaikuttamaan hoitajien määrään ja tehohoidon osaamisen ylläpitämiseen jää nähtäväksi.

“

***Keskoshoidon keskittäminen
yliopistosairaaloihin
on vähentänyt
tehovuodeosaston
potilasmääriä ja vuoden
2018 alusta voimaan tuleva
alle 32 raskausviikolla
synnytysten keskittäminen
yliopistosairaalaan
vähentää vielä enemmän
potilaspaikkoja.***



Osastonhoitajan rooli johtajana ja kehittäjänä lastenosastolla

KATI YLETYINEN, OSASTONHOITAJA,
SIUN SOTE – P-K:N SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN KY
ARJA-IRENE TIAINEN, YLIOPETTAJA,
KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Tämän artikkelin kirjoittajista Kati Yletyinen työskentelee osastonhoitajana Pohjois-Karjalan keskussairaalan vastasyntyneiden teho- ja valvontaosasto E3:lla. Hän on työskennellyt sairaanhoitajana kyseisellä osastolla ensin 12 vuotta, jonka jälkeen hän työskennellyt vuoden aikuisten puolella tehovalvonnan apulaisosastonhoitajana. Kesäkuussa 2016 hän siirtyi osastonhoitajan tehtäviin E3:lle. Arja-Irene Tiainen on työskennellyt yhdeksän vuotta SOTE kehittämisen ja johtamisen ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon vastuuyliopettajana Karelia-ammattikorkeakoulussa. Koulutusohjelmasta valmistuneet ovat sijoittuneet hyvin osastonhoitajan tehtäviin Pohjois-Karjalan alueelle.

Osastonhoitajan työ on muuttunut todella paljon viimeisten vuosikymmenien, jopa viimeisten vuosien aikana. Osastonhoitajasta on tullut uusien ohjelmistojen myötä henkilöstöhallinnon ammattilainen, jonka työhön

kuuluu kirjata eri ohjelmiin käydyt kehitys -, poissaolo- ja työn räätälöintiä koskevat keskustelut. Hän huolehtii henkilöstöresurssien merkinnästä työvuorosuunniteluohjelmaan, kirjaa poissaolot ja työvuoromuutokset. Työn olennainen osa on havainnoida henkilöstön jaksamista keskustellen ja kuunnellen, sekä motivoida henkilöstöä jatkuvaan uudistumiseen ja kehittymiseen. Oman klinikan sisällä tapahtuva työkierto ja avunanto eri yksiköiden välillä on jokapäiväistä, mutta myös eri klinikoiden välinen yhteistyö pitäisi saada joustavaksi ja henkilöstöä motivoitua siirtymään tarvittaessa aivan uuteen työympäristöön apukäsiksi.

“

Osastonhoitajasta on tullut uusien ohjelmistojen myötä henkilöstöhallinnon ammattilainen.

Osastonhoitajan työ muutoksessa

Suuren osan osastonhoitajan työajasta vie ylemmältä organisaation johdolta tulevien määräysten jalkauttaminen, perustelevminen ja käytäntöön vieminen. Moniammatillinen yhteistyö oman alueen lääkäriesimiesten, sihteeriesimiesten, laitoshuollon esimiesten sekä heidän henkilöstönsä kanssa on jokapäiväistä toimintaa, joka takaa hyvän ja turvallisen hoidon potilaille. Digiaika on tuonut myös suuren määrän erilaisia ohjelmistoja, jotka jokaisen henkilöstöön kuuluvan tulee hallita. Sijaisten määräyskirjat tekee rekrytointiyksikkö sijaisjärjestelmän kautta ja huolehtii sijaisten palkanmaksusta. Osastonhoitaja tekee työvuorolistaan sijaisista merkinnän ja huolehtii resurssien kirjauksesta yksikkökohtaisesti oikein.

Osastonhoitajan työ on itsenäistä ja haastavaa. Pohjois-Karjalaan muodostettiin vuoden 2017 alusta Siun sote - Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä. Keskussairaalan vastasyntyneiden teho- ja valvontaosastoa on viety osastonhoitajan toimesta osana Lasten keskusta läpi suuren Siun soten organisaatiomuutoksen, ja työ siinä on edelleen kesken. Sinänsä organisaatiomuutos ei vaikuttanut henkilökunnan ydintyöhön – yksikkö hoitaa samalla tavalla tehohoito- ja valvontatyön kuin aikaisemminkin. Se on vaikuttanut enemmän osastonhoitajan työhön ja siihen, että työssä huomioidaan kokonaisuutta entistä laajemmin niin talouden kuin henkilöstöresurssien puitteissa.

Työskentely osastonhoitajana keskussairaالاتasolla ja vastasyntyneiden tehohoidon esimiehenä on vastuullista. Henkilökunnan osaamisen vahvistamiseen on lisätty uusia keinoja mm. simulaatio-oppimisella, jossa simuloitu

tilanne luodaan niin realistiseksi kuin mahdollista. Vastasyntyneiden teho- ja valvontaosastolla esimerkiksi elvytysharjoitukset suoritetaan simulaatioharjoituksina. Osasto osallistuu myös moniammatillisen työryhmän Hätäsectio-simulaatioihin yhdessä synnytyslinin ja leikkausosaston henkilökunnan kanssa. Simulaatioharjoitusten lisäksi henkilökunta suorittaa vuosittain laiteajokortit, pitääkseen yllä tuntuman kaikkiin osaston laitteisiin. Tulevaisuudessa henkilökunnan itseohjautuvuus oman osaamisen kehittämiseen on entistä merkittävämpää. Se, että henkilökunta huolehtii oman osaamisen ylläpitämisestä, vaatii myös johtamisessa muutosta ohjaavampaan suuntaa. Suunta on muuttua tekemisen tapaa ja luotuja rakenteita samalla sitouttaen henkilökuntaa. Tämä vaatii molemminpuolista luottamusta. Työskentelyä osastonhoitajana helpottaa suuresti se, jos osaston kliininen työ on entuudestaan tuttua. Se helpottaa niin päivittäistä johtamista, päätösten tekemistä kuin hankintojen suunnittelua taloudellisesti.

“

Tulevaisuudessa henkilökunnan itseohjautuvuus oman osaamisen kehittämiseen on entistä merkittävämpää.



Pohjois-Karjalan keskussairaalan vastasyntyneiden teho- ja valvontaosasto E3. Kuva: Kati Yletyinen.

Osastonhoitaja on myös hankintojen ja budjetin vastuuhenkilö, joka hyväksyy laskut ja valmistelee hankinnat. Hankintojen vuoksi osastonhoitajan työhön kuuluu tiivis yhteistyö eri edustajien sekä hankintatoimiston kanssa. Kaikista laitehankinnoista pyydetään tarjoukset ja päätökset niistä tehdään vasta sen jälkeen.

Siun soten uuden organisaation yhteisen strategian jalkauttaminen on mitä suurimmassa määrin osastonhoitajan työtä. Aikataulut ovat tiukkoja ja kokouksia on paljon. Aikaisemmin jokaisella osastolla, klinikalla ja klinikakaryhmällä oli oma strategia, jonka puitteissa toimittiin ja strategia muokkaantui alaspäin tullessa siten, että siitä erotti mikä kullakin osastolla tai klinikalla on tärkeää.

Hiljaisen tiedon siirtäminen ja mentoointi osastonhoitajan työssä

Hakkarainen ja Paavola (2008) ovat määritelleet hiljaisen tiedon yksilön ja yhteisön toiminnassa olevaksi merkitykselliseksi tiedoksi, jota on vaikea kielellisesti kuvata ja esittää. Hiljaisella tiedolla tarkoitetaan niitä tietämyksen ulottuvuuksia, jotka jäävät käsitteellisen ja kielellisen

tiedon ulkopuolelle ja esiintyvät usein sosiaalisiin käytäntöihin liittyneinä. Paloniemi (2008) kertoo, että organisaatiotutkimuksen alueella on kehitetty monia käytännöllisiä malleja organisationaalisen tiedon jakamiseksi, jotka pyrkivät tavoittamaan myös hiljaisen tiedon ja tietämisen alueen. Tunnetuin lienee Nonakan ja Takeuchin (1995, 56 - 94) malli, jossa keskeistä on hiljaisen tiedon (tacit knowledge) muuntaminen eksplisiittiseksi (explicit knowledge) tiedoksi. Kirjoittajat ovat kuvanneet tiedon luomista spiraalimaisena prosessina, jossa eksplisiittinen tieto ja hiljainen tieto vuorottelevat ja sulautuvat.

Mentorointiprosessi voi olla merkityksellinen niin uransa alkuvaiheessa olevalle kuin jo työelämässä pidempään olleelle. Molemmilla on mahdollisuus oppia prosessissa. Mentorointi sopii erinomaisesti hoitotyöhön, jossa kokemus karttuu asteittain noviisista asiantuntijaksi. Työntekijässä tapahtuu sekä ammatillisesti että persoonallisesti eniten kasvua silloin, kun hän saa reflektoida asioitaan ohjaajan tai mentorin kanssa. Kun saa luottamuksellisessa suhteessa tuoda esille heikkouksiaan ja vajavuuksiaan sekä vahvuuksiaan ja onnistumisiaan,



Hiljaisen tiedon siirtämisen tärkeyteen Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymässä herätettiin, kun alkoi olla lähellä aika, jolloin suuret ikäluokat olivat siirtymässä eläkkeelle.

tällöin uudet oivallukset saavat tilaa. (Tiainen & Pasanen 2017.) Vuorovaikutuksen merkitys ohjaajan ja ohjattavan välillä korostuu hyvässä ohjauksessa. Mentori voi edistää aktoria oppimaan antamalla tälle mahdollisuuden tehdä itse ja pohtia. Palautteen antaminen ja kannustaminen ovat tärkeitä elementtejä oppimisen edistämisessä. (Tiainen 2017, 78.)

Hiljaisen tiedon siirtämisen tärkeyteen Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymässä herätettiin, kun alkoi olla lähellä aika, jolloin suuret ikäluokat olivat siirtymässä eläkkeelle. Silloin järjestettiin ensimmäinen Mentori-Aktori koulutus ja siitä saatujen hyvien tulosten innoittamina se on otettu kuntayhtymän strategiseksi tavoitteeksi. Vastasyntyneiden teho- ja valvonta-osastolla, kaikille tuleville uusille työntekijöille nimetään perehtymisjakson jälkeen oma Mentori, jonka kanssa järjestetään yhteistä työaikaa vähintään joka toisessa listassa 2 tuntia. Yhdessä he voivat käydä läpi Aktorin eli uudemman työntekijän kysymyksiä ja mieltä painavia asioita. Aluksi tapaamiset käsittelevät enemmän klinisiä taitoja ja teknisiä ongelmia koneiden ja laitteiden kanssa, mutta pidempään jatkuvana sen toivotaan koskevan enemmän asenteita ja hoitajan henkisen vahvuuden kasvamista, sekä hoitotyön kehitykseen liittyviä asioita. Mentorointi on perehdytyksen jatke, jolla pyritään saamaan uusi työntekijä sitoutettua työyhteisöön ja sen vuoksi on erit-

täin tärkeää, että Mentori ja Aktori tulevat hyvin toimeen keskenään, että Aktori voi täysin luottaa Mentoriinsa ja tuoda käsittelyyn myös kaikkein henkilökohtaisempiakin asioita, jos ne vaikuttavat työn tekemiseen.

Esimiehen tehtävä on saada hyvä pari aikaiseksi; Mentorin on oltava halukas auttamaan uutta työntekijää jakamalla tietämystään ja kykenevä kahdenkeskeiseen vuoropuhellun. Mentorointi ei ole Mentorista lähtevää, vaan Aktori tuo siihen omat tarpeensa ja kehittymiskohtansa, joihin hän haluaa keskittyä ja joita hän haluaa parantaa tai muuten vain tarkastella kehittyäkseen työssään. Mentorointi ei ole vain jutustelua, vaan siitä tehdään yhteinen sopimus ja mielellään myös tavoitteet työskentelylle. Mentoroinnin onnistumista seurataan viimeistään kehityskeskusteluissa, mutta mielellään jo aikaisemminkin esimies voi kysäistä miltä mentorointi Aktorista tuntuu.

Osastonhoitajan työssä oman Mentorin löytäminen on työssä jaksamisen kannalta äärimmäisen tärkeää. Vaikka osastonhoitajan tehtävä aloitettaisiinkin ennestään tutulla osastolla, on hyvä saada Mentori, jonka kanssa pysyy käymään läpi itseä mietittyttäviä asioita johtamiseen ja henkilöstöön liittyen. Mentorilta saa myös hyviä vinkkejä asioiden eteenpäin viemiseen ja oikeiden kanavien löytämiseen hankalien asioiden käsittelyssä; esimerkiksi keneltä Mentori itse sai apua vastaavanlaisessa hankalassa tilanteessa. Ihanteellisimmassa tapauksessa Mentori saa Aktorilta palautetta ja kehittymisideoita myös itselleen ja työyhteisölle. Silloin kun Aktori tulee toisesta työyhteisöstä tai organisaatiosta, on Mentorilla mahdollisuus saada sitä kautta uusia ideoita ja vahvistusta/palautetta omille ajatuksille. Hyvässä mentorointisuhteessa molemmat kokevat saavansa jotain; Aktori uutta tietoa, kokemusta kokeneelta työtoverilta ja Mentori uusia ideoita ja uutta pohdittavaa omaan työhönsä liittyen. Lisäksi työyhteisö saa kaksi innokasta työntekijää, jotka ovat löytäneet yhteisen sävelen ja toinen toistaan auttaen tuovat uusiakin asioita työyhteisön käsittelyyn.

Lopuksi

Vaikka osastonhoitajan työ on muuttunut viimeisten vuosien aikana, on osastonhoitajan merkittävin rooli kuitenkin kuulla henkilökuntaansa ja tukea työssä jaksamista erilaisin keinoin, inhimillisyyttä unohtamatta.

Lähteet

Hakkarainen, K. & Paavola, S. 2008. Asiantuntijuuden kehittyminen, hiljainen tieto ja uutta luovat tietokäytännöt. Teoksessa A. Toom, J. Onnismaa & A. Kajanto (toim.) Hiljainen tieto: tietämistä, toimimista, taitavuutta. Aikuiskasvatuksen 47. vuosikirja. Helsinki: Kansanvalistusseura ja Aikuiskasvatuksen Tutkimusseura, 59-82.

Nonaka, I. & Takeuchi, H. 1995. The Knowledge-Creating company. How Japanese Companies create the- Dynamics of Innovation. New York: Oxford University Press.

Paloniemi, S. 2008. Hiljaisen tiedon jakaminen työyhteisössä – työssä oppimisen rajapinnalla. Teoksessa A. Toom, J. Onnismaa & A. Kajanto (toim.) Hiljainen tieto: tietämistä, toimimista, taitavuutta. Aikuiskasvatuksen 47. vuosikirja. Helsinki: Kansanvalistusseura ja Aikuiskasvatuksen Tutkimusseura, 255-274.

Tiainen, A.-I. 2017. Sairaanhoidajaopiskelijoiden harjoittelun ohjaajien ohjausorientaatio ja sen muutokset 1999–2010. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Dissertations in Education, Humanities, and Theology. N:o 96.

Tiainen, A.-I & Pasanen, J. 2017. Lähijohtamisen opiskelussa kehitetään mentorointia esimiestyössä. AMK-lehti 2/2017. <https://uasjournal.fi/tyoelama/lahijohtamisen-opiskelussa-kehitetaan-mentorointia-esimiestyossa>



Lasten hoitotyön työryhmä yhteisöllisyyttä kehittämässä

TARJA RUOKONEN, SAIRAANHOITAJA, TERVEYDENHUOLLON OPETTAJA,
KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
KATJA VANTTAJA-KERONEN, SAIRAANHOITAJA (AMK),
LASTEN HOITOTYÖN TYÖRYHMÄN PUHEENJOHTAJA

Sosiaali- ja terveysalan vetovoimaisuutta sekä sairaanhoitajien työhyvinvointia arvioiva selvitys kertoo sairaanhoitajien olevan aikaisempaa tyytyväisempiä työelämäänsä. Sairaanhoitajat haluavat tehdä tärkeäksi ja merkittäväksi kokemansa työnsä hyvin. Työyksikön korkeatasoinen hoidon laatu sekä toimivat käytännöt nousevat tärkeimmiksi osa-alueiksi sairaanhoitajien työhyvinvoinnin kannalta. Arviot ovat parantuneet selvästi edellisiin selvityksiin verrattuna, mutta jäävät edelleen tyydyttävän tasolle. (Hahtela 2017, 3.)

Yksi keino sairaanhoitajien hyvinvoinnin lisäämiseen on yhteisöllisyys. Yhteisöllisyydessä nousee esiin yhdessä toimiminen, vuorovaikutus, yhteistyö sekä kiinnostus toisia ihmisiä ja yhteisiä asioita kohtaan. Yhteisöllisyys määritellään usein yhdessä tekemiseksi ja toimimiseksi, mikä mahdollistaa yhteisesti sovitun päämäärän saavuttamisen. Työryhmien yhteisöllisyys muodostuu ihmis-

ten välisestä kanssakäymisestä ja siihen voi myös liittyä jännitteitä yksilöiden erilaisuuden vuoksi. Ihmisten ja heidän kokemusten erilaisuuden hyväksyminen voi olla haaste, mutta myös piirre, jonka voi kääntää työryhmän vahvuudeksi. (Paasivaara & Nikkilä 2010, 11-41.) Tässä artikkelissa kuvataan Pohjois-Karjalan sairaanhoitajat ry:ssä toimivan Lasten hoitotyön työryhmän toimintaa alueen sairaanhoitajien ja sairaanhoitajaopiskelijoiden työhyvinvoinnin ja yhteisöllisyyden kehittämisessä.

Pohjois-Karjalan sairaanhoitajat ry:n lasten hoitotyön työryhmän perustaminen

Sairaanhoitajaliitto on sairaanhoitajien oma järjestö, joka tekee sairaanhoitajan työn arvoa näkyväksi. Sen tehtävänä on kehittää hoitotyötä, antaa ammatillista tukea ja edistää sairaanhoitajien asemaa asiantuntijoina. Sai-

“

Yksi keino sairaanhoitajien hyvinvoinnin lisäämiseen on yhteisöllisyys.

raanhoitajaliittoon kuuluu lähes 50 000 hoitotyön ammattilaista. Ammatillinen tuki opiskelusta työelämään, hoitotyön kehittäminen sekä sairaanhoitajien aseman edistäminen ovat keskeisiä Sairaanhoitajaliiton tehtäviä. (Sairaanhoitajat 2014a.) Sairaanhoitajaliitto tarjoaa jäsenilleen myös yhteistoimintaa, verkostoja ja yhteisöllisyyttä (Sairaanhoitajat 2014b).

Sairaanhoitajaliittoon kuuluu 16 alueyhdistystä, joiden kautta jokainen jäsen kuuluu liittoon. Alueyhdistykset ovat maantieteellisesti jakautuneet ympäri maata. Alueyhdistykset tuntevat sairaanhoitajan arjen ja ovat jäseniä lähellä niin opiskelun, työuran kuin eläkkeellä olon aikana. Alueyhdistys määräytyy opiskelu-, työ- tai kotipaikkakunnan mukaan. (Sairaanhoitajat 2014d.) Pohjois-Karjalan sairaanhoitajat ry on Sairaanhoitajaliiton Pohjois-Karjalan alueyhdistys (Sairaanhoitajat 2017.) Se on alueen aktiivinen toimija, jossa on kymmenen työryhmää. Yksi uusimmista työryhmistä on Lasten hoitotyön työryhmä.

Lasten hoitotyön työryhmä perustettiin syksyllä 2015 alun perin kolmen sairaanhoitajan/ terveydenhoitajan toimesta. Idea oli saanut alkunsa jo pari vuotta aiemmin siitä ajatuksesta, että lasten hoitotyö ansaitsisi oman työryhmänsä. Lasten hoitotyö on oma erikoisalansa ja sen parissa työskentelee sairaanhoitajia, jotka tekevät työtään sydämestään ja ammattitilpeydellä. Lasten ja nuorten hoitotyö kattaa hoitotyön toteutuksen vastasyntyneestä aina 18–20 ikävuoteen asti. Kuitenkin yleisesti lasten osastoilla hoidetaan alle 16-vuotiaita lapsia ja nuoria. (Tuomi 2008, 19.) Lasten hoitotyön alue on myös osaamisvaatimuksiltaan hyvin laaja sisältäen esimerkiksi somatiikan, neurologian, psykiatrian, kehitysvammahuollon, lastensuojelun ja neuvolatyön. Kliinisten erikoisalojen monimuotoisuuden lisäksi lasten hoitotyön vaativuuteen vaikuttavat lasten monimuotoi-

set ongelmat, jotka ovat osittain heijastumia esimerkiksi perheiden moniongelmaisuudesta ja päihteiden käytöstä. (Tuomi 2008, 18.)

Lasten hoitotyön keskeinen yhteinen piirre on perhe ja perhehoitotyön huomioinen jokaisessa asiakas/potilastilanteessa (vrt. Hopia 2006, 21). Tarvetta keskinäiselle verkostoitumiselle ja yhteiselle keskustelulle oli siis olemassa.

Työryhmän perustamiskokoukseen saatiin mukaan neljäs jäsen ja samalla oli olemassa tieto siitä, että halukkaita työryhmän toimintaan olisi tulossa vielä muutama lisää. Puolen vuoden sisällä työryhmässä olikin jo yllättäen 11 jäsentä. Sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat kiinnostuivat mukaan toimintaan omasta aloitteestaan, kuulleessaan työryhmästä joko jäseniltä itseltään tai työryhmän tapahtumamainoksista.

Työryhmän nimeksi perustamiskokouksessa muodostui Lasten hoitotyön työryhmä, koska lasten hoitotyö kattaa alleen niin lasten kuin nuortenkin hoidon ja samalla luonnollisesti heidän perheensä. Lasten hoitotyön työryhmän ydinajatuksena on lasten hoitotyön alueella toimivien sairaanhoitajien keskinäinen verkostoituminen ja yhteistyö sekä ajatustenvaihto (Pohjois-Karjalan sairaanhoitajat ry 2016). Näitä tavoitteita toteuttaakseen työryhmän tarkoituksena on ollut järjestää kollegoille

“

Lasten hoitotyön alue on myös osaamisvaatimuksiltaan hyvin laaja sisältäen esimerkiksi somatiikan, neurologian, psykiatrian, kehitysvammahuollon, lastensuojelun ja neuvolatyön.

muun muassa erilaisia tutustumiskäyntejä, koulutusta, tapahtumia ja ajatustenvaihtohetkiä eri muodoissaan. Lisäksi työryhmä on alusta alkaen tavoitellut yhteistyötä myös muiden lasten ja nuorten parissa työskentelevien tahojen kuten järjestöjen kanssa. Myös sairaanhoitaja-/terveydenhoitajaopiskelijoiden kanssa tehtävä yhteistyö on ollut työryhmän tavoitteissa perustamiskokouksesta lähtien.

Lasten hoitotyön työryhmän ensimmäinen tapahtuma oli huhtikuussa 2016 kollegoille kohdennettu tutustumiskäynti Joensuun Rantakylän Hyvinvointiasemalle sekä Lähitalolle. Tapahtumaan osallistui 14 sairaanhoitajaa eri puolilta lasten hoitotyön aluetta. Kollegoiden keskinäinen ajatustenvaihto ja verkostoituminen toteutui onnistuneesti tapahtuman myötä.

Lasten oikeuksien päivä –tapahtuma osana yhteisöllisyyttä

Vuoden 2016 toinen työryhmän tapahtuma, Lasten oikeuksien päivä, oli suurempi kokonaisuus ja yllätti myös tekijänsä. Työryhmän ensimmäisissä kokouksissa oli tullut oravasta ajatus myös sellaisesta toiminnasta, jossa lapsille ja heidän perheilleen järjestettäisiin jokin pieni tapahtuma. Lapsen osallisuudessa on kyse siitä, miten hän voi olla mukana määrittämässä, toteuttamassa ja arvioimassa hänen etunsa turvaamiseksi tehtävää työtä. Lapsen oikeus osallisuuteen kaikissa häntä koskevissa asioissa on suojattu erittäin vahvasti lainsäädännöllä. Tässä yhteydessä lapsilla tarkoitetaan kaikkia alle 18-vuotiaita kansalaisia. YK:n Lapsen oikeuksien yleissopimuksen 12. artiklan mukaan osallisuus on yksi kaikkea viranomais-toimintaa läpäisevä perusoikeus. Lapsen osallisuus konkretisoituu osallistumalla (Oranen 2016) Koska olimme lasten hoitotyön työryhmä, halusimme lapsetkin mukaan toimintaan jollakin tavoin. Lapsen oikeuksien päivä 20.11.2016 kuulosti sopivalta päivältä järjestää osallistava tapahtuma lapsille perheineen. Lapsen oikeuksien sopimus on YK:n ihmisoikeussopimus. Se koskee kaikkia alle 18-vuotiaita ja on valtioita velvoittava. Sopimus sisältää neljä yleisperiaatetta, joiden kautta jokaista sopimuksen kohtaa tulee tulkita. Periaatteita ovat syrjinnän kieltö, lapsen edun ensisijaisuus, lapsen oikeus elämään, henkiinjäämiseen ja kehittymiseen sekä lapsen näkemyksen huomioon ottaminen. Kansainvälistä lapsen oikeuksien päivää vietetään 20. marraskuuta. (Unicef 2017; Lapsen oikeudet 2017a)

Lapsen oikeuksien päivä toteutettiin Karelia-ammattikorkeakoulun Tikkarinteen kampuksella 20.11.2016 klo 13-17. Paikalle saapui yli 600 osallistujaa. Päivää oli järjestämässä kaksi sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijaryhmää, yhteensä noin 30 opiskelijaa. Toteutus oli osa opiskelijoiden Perhehoitotyön harjoittelun projektia. Opiskelijat oli jaettu vastuualueittain pienryhmiin, joita olivat; turvallisuus-, kahvio-, mainos-, sponsori-, lapsiparkki-, sekä opastetyöryhmät. Opiskelijat olivat mukana tapahtumaan liittyvässä suunnittelukokouksissa ja yhteistyötä tehtiin myös sähköpostitse sekä suljetun Facebook-ryhmän kautta. Opiskelijoille oli varattu projektia varten 70 tuntia harjoitteluun kuuluvaa aikaa.

Lasten oikeuksien päivän tapahtuman järjestämiseen lähdettiin kysymään mukaan muita lasten alueella toimivia järjestöjä työryhmän tavoitteiden mukaisesti. Vuonna 1996 laadittujen sairaanhoitajien eettisten ohjeiden mukaisesti sairaanhoitajat tekevät yhteistyötä vapaaehtois-, vammais- ja potilasjärjestöjen kanssa (Sairaanhoitajaliitto 2014.) Lasten oikeuksien päivään järjestöjä tai muita vastaavia tahoja saatiin mukaan yhteistyöhön yhteensä 26. Näitä olivat muun muassa MLL, Pelastakaa Lapset ry, Hope Yhdessä & Yhteisesti ry, Honkalampisäätiö, FinFami Oy, Liekku ry ja Pohjois-Karjalan Pelastuslaitos. Yhteistyökumppanit pitivät tapahtumassa erilaisia toimintapisteitä lapsille. Lisäksi tapahtumassa oli kolme pääesiintyjää, joita olivat Sirkusduo Turkka & Turkka, Joensuun konservatorion nuorisopuhallinorkesteri ja soitto-oppilaat sekä lastenlääkäri Marketta Dalla Valle, joka piti Lapsen oikeuksien 25-vuotisjuhlapuheen. Tapahtuma oli lähes täysin vapaaehtoisvoimin järjestetty mukaan lukien järjestyksen valvonta ja tapahtuman dokumentointi. Tapahtuma osallistui myös valtakunnalliseen Lapsen oikeuksien päivän liputukseen (Lapsen oikeudet 2017b). Joensuun kaupungissa sytytettiin Joensuun kaupunkikeskustayhdistyksen puolesta perinteisten jouluvalojen tilalle Lapsen oikeuksien valot omistettuna kaikille maailman lapsille. Lasten oikeuksien päivän tapahtuma sai kunnian olla valojen virallinen sytyttäjä. Lasten hoitotyön työryhmän jäsenten tehtävänä oli koordinoida ja ohjata toimintaa Lasten oikeuksien päivässä. Lisäksi työryhmän omia jäseniä sekä muita vapaaehtoisia sairaanhoitajia Pohjois-Karjalan lasten ja nuorten yksiköistä järjestivät päivässä Nallesairaala-tapahtumaa, jonka kautta tuotiin esille lasten hoitotyön alueen sairaanhoitajien työtä.



Kuva: Rasmus Härkönen

Päivän keskeisenä ajatuksena oli siis tuoda osallistujille lasten oikeudet tutuiksi sekä osallistaa lapset, nuoret ja perheet lasten oikeuksien mukaiseen toimintaan. Tapahtumasta pyydettiin palautetta sekä lapsilta että vanhemmilta. Lasten palaute kerättiin vapaamuotoisten piirustusten muodossa, vanhempien palaute oli yksinkertainen kysely päivän päätteeksi. Vanhemmat antoivat tapahtumalle keskiarvosanaksi 4,7 (asteikolla 1 - 5). Avoimessa palauteosiossa vanhemmat kertoivat, että lapsen oikeuksista on tärkeä puhua ja ne tulivat hyvin esille tapahtumassa. Tapahtuman maksuttomuutta myös ihmeteltiin ja ihasteltiin. Tapahtuman maksuttomuuden lapsille ja perheille mahdollisti runsas sponsorien määrä tapahtuman kahvioon ja onnenpyörän palkintoihin. Yhteistyökumppanit antoivat työryhmälle tapahtuman jälkeen myönteistä palautetta tapahtuman organisoinnista. Tärkeänä nähtiin lasten oikeuksien tuominen esille monipuolisella tavalla. Tapahtuman yhteishenki koettiin vahvana ja innostava alusta loppuun saakka.

Lasten hoitotyön työryhmä ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitajat ry. saivat tapahtuman myötä julkisuutta niin sosiaalisen median kuin perinteisenkin median kautta. Sanomalehti Karjalainen teki jutun tapahtumasta sekä digi- että painettuun lehteen (Heinonen 2016). Sosiaalisessa mediassa (Facebook) levinnyt tapahtumamainos sekä tapahtumasta tehty videokooste saivat myös runsaasti julkisuutta. Video (Pohjois-Karjalan sairaanhoitajat ry. 2016) on nähtävissä Pohjois-Karjalan sairaanhoitajat ry:n Facebook- sivuilla. Lisäksi Sairaanhoitajalehti nosti työryhmän ja sen toiminnan esille pienellä artikkelilla (Idea lähti lentoon 2017, 52).

Yhteinen ajatus lapsen oikeuksien edistämisestä ja näkyville tuomisesta sekä alueen järjestöjen ja yhdistysten kanssa verkostoituminen johti yhteiseen Lapsen oikeuksien viikko -idean kehittelyyn vuodelle 2017. Facebook:iin on perustettu Tiedettä, Taidetta, Terveyttä lapsen ja nuoren tueksi -ryhmä, jonka tarkoituksena on mm. ammatillisen tiedon jakaminen lasten ja nuorten parissa työsken-

televien eri alan ammattilaisten kesken. Lasten hoitotyön työryhmän jäsenet ovat myös tämän kautta aktiivisesti mukana jakamassa aiheeseen liittyvää tietoa.

Sairaanhoitajien eettisten ohjeiden mukaisesti sairaanhoitajat tukevat toinen toistaan muun muassa työssä jakamisessa ja ammatillisessa kehittämisessä (Sairaanhoitajat 2014c). Lasten hoitotyön työryhmä on nähnyt vuoden 2017 toiminnan painopisteenä jäsenten hyvinvoinnin keskeisenä teemana. Keväällä 2017 järjestettiin Pohjois-Karjalan sairaanhoitajat ry:n omistamalla Aittolammen mökillä hyvinvointi-ilta. Illan teeman oli rentoutuminen sekä kollegiaalinen yhdessä oleminen ja ajatustenvaihto. Tämänkin pienen tapahtuman myötä työryhmä on saanut lisää jäseniä ja yhteishenki sekä verkostoituminen ovat vahvistuneet lasten alueen sairaanhoitajien kesken.

“

Tapahtuman yhteishenki koettiin vahvana ja innostava alusta loppuun saakka.



Kuva: Rasmus Härkönen

Lasten hoitotyön työryhmän tulevaisuus: ammatillista kehittymistä ja yhteisöllisyyttä

Sairaanhoitajien kollegiaalisuusohjeet edellyttävät, että sairaanhoitaja tunnistaa ja tunnustaa sekä oman että kollegan osaamisen ja konsultoi kollegoitaan vastavuoroisesti (Sairaanhoitajien kollegiaalisuus ohjeet 2014) Ammatillisen kehittymisen tueksi Pohjois-Karjalan sairaanhoitajat ry. järjestää vuosittain alueellisen Pie Huolta - koulutuspäivän. Tänä vuonna koulutus järjestetään 14.11.2017 yhteistyössä lasten hoitotyön työryhmän kanssa. Päivän teemana on työhyvinvointi sekä lapsi, nuori ja perhe -teemat. Koulutus on suunnattu tällä kertaa sairaanhoitajien lisäksi myös kaikille asiasta kiinnostuneille tahoille. Pääluennoitsijana päivässä on lastenpsykiatri Jari Sinkkonen aiheella ”Lapsen ja nuoren hyvän itsetunnon kehittyminen”. Lisäksi koulutuspäivä sisältää aiheita liittyen LAPE-hankeeseen, sairaalaopetukseen sekä työhyvinvointiin eri näkökulmista. Pie huolta -koulutuspäivä mainitaan yhtenä vuoden 2017 Lapsen oikeuksien viikon tapahtumana. Lisäksi lasten hoitotyön työryhmä osallistuu lapsen oikeuksien esille tuomiseen olemalla mukana Lapsen oikeuksien Kato mua -tapahtumassa 25.11.2017. Lasten hoitotyön työryhmä pitää tapahtumassa Nallesairaala-toimintapistettä. Tapahtuman järjestää Joensuun seurakunta yhdessä yhteistyökumppaneiden kanssa.

Työn ilo ja työssä jaksaminen tarkoittavat käsitteinä eri asioita, mutta ne ovat myös sidoksissa toisiinsa. Jos sairaanhoitaja jaksaa hyvin on työn iloa myös helpompi kokea. Vastaavasti työn iloa kokeva sairaanhoitaja jaksaa paremmin myös haastavampia työtilanteita (Mäkisalo 2007, 177). Lasten hoitotyön työryhmän aktiivinen ja innovatiivinen toiminta on innostanut mukaan lisää toimijoita. Yhteisöllisyyden kannalta keskeistä on kokemus yhteen hiileen puhaltamisesta ja yhteisen työskentelyn saumattomuudesta. Kollegoiden kanssa vietetty vapaa-aika ja yhteiset tilaisuudet ovat keskeistä työhyvinvointia edistävää toimintaa. (Paasivaara & Nikkilä 2010, 22.) Mäkisalon (2011, 120-124) mukaan yhteisöllisyys on edellytys laadukkaalle hoidolle, sen avulla päästään kohti tervettä ja hyvinvoivaa työyhteisöä sekä sen avulla voidaan parantaa oman toiminnan ja yhteisön imagoa. Lasten hoitotyön työryhmä ja sen jäsenet kokevat saavuttaneensa yhteisöllisyyden tilan, joka on mahdollistanut edellä mainittujen asioiden toteutumisen.

“

*Lasten hoitotyön
työryhmän aktiivinen ja
innovatiivinen toiminta on
innostanut mukaan
lisää toimijoita.*

Lähteet

Hahtela, N .2017. Sairaanhoitajien työbarometri 2016. Sairaanhoitajaliiton selvitys sosiaali- ja terveysalan vetovoimaisuudesta ja työhyvinvoinnista. Sairaanhoitajaliiton julkaisu 30.1.2017.

Heinonen, M. 2016. Tikkarinteellä juhlittiin lasten oikeuksia. Sanomalehti Karjalainen. 21.11.2016.

Hopia, H. 2006. Somaattisesti pitkäaikaissairaana lapsen perheen terveyden edistäminen. Toimintatutkimus lastenosastoilla. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. <http://urn.fi/urn:isbn:951-44-6628-4>

Idea lähti lentoon. 2017. Sairaanhoitaja-lehti 3/2017, 52.

Lapsen oikeudet. 2017a. Lapsen oikeuksien sopimus. <https://www.lapsenoikeudet.fi/lapsen-oikeuksien-sopimus/>

Lapsen oikeudet. 2017b. Liputa lapselle. <https://www.lapsenoikeudet.fi/lapsen-oikeuksien-paiva-ja-viikko/2016-yhdenvertaisuus/liputa-lapsen-oikeuksien-puolesta-20-11/>

Mäkisalo, M. 2007. Tarinat työn tukena. Helsinki: Tammi.

Mäkisalo, M. 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.

Oranen, M. 2016. Lapsen osallisuus. Lastensuojelun käsikirja <https://www.thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/lasten-osallisuus>

Paasivaara, L & Nikkinen, J. 2010. Yhteisöllisyydestä työhyvinvointia. Helsinki. Nord Print.

Pohjois-Karjalan sairaanhoitajat ry. 2016. Lasten oikeuksien päivä 20.11.2016. Video. <https://www.facebook.com/Pohjois-Karjalan-sairaanhoitajat-ry-583658315024831/>

Pohjois-Karjalan sairaanhoitajat ry. 2016. Pohjois-Karjalan sairaanhoitajat ry:n toimintasuunnitelma. Julkaisematon.

Sairaanhoitajat. 2014a. Sairaanhoitajaliitto. <https://sairaanhoitajat.fi/sairaanhoitajaliitto/>

Sairaanhoitajat. 2014b. Tehtävät ja tavoite. <https://sairaanhoitajat.fi/sairaanhoitajaliitto/tehtavat/>

Sairaanhoitajat. 2014c. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Sairaanhoitajat. 2014d. <https://sairaanhoitajat.fi/sairaanhoitajaliitto/alueyhdistykset/> 30.7.2014

Sairaanhoitajat 2017. Pohjois-Karjala. <https://sairaanhoitajat.fi/arkisto/aluetoiminta/pohjois-karjalan-sairaanhoitajat/>

Sairaanhoitajien kollegiaalisuus ohjeet. 2014. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2014/10/Sairaanhoitajien-kollegiaalisuusohjeet.pdf>

Tuomi, S. 2008. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen lasten hoitotyössä. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.

Unicef. 2017. Mikä on lapsen oikeuksien sopimus? <https://www.unicef.fi/lapsen-oikeudet/mika-on-lapsen-oikeuksien-sopimus/>

Kuva: Shauna Hawkins. CC BY 2.0.

LAPE-hanke lapsiperhetyötä kehittämässä

TARJA RUOKONEN, LEHTORI, PROJEKTIPÄÄLLIKKÖ, LAPE-HANKE,
KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
SARI JOHANSSON, LEHTORI, PROJEKTIASIANTUNTIJA,
LAPE-HANKE, KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
KATJA SORJONEN, PROJEKTIASIANTUNTIJA,
LAPE-HANKE, KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma LAPE on yksi hallituksen kärkihankkeista. LAPE-muutosohjelmaa johtavat sosiaali- ja terveysministeriö sekä opetus- ja kulttuuriministeriö. LAPE-muutosohjelman toimeenpanon tuesta vastaa Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2017.)

Muutosohjelman tavoitteena on uudistaa lasten, nuorten ja perheiden palvelut asiakaslähtöisesti integroiduksi palveluiden kokonaisuudeksi maakuntien ja tulevaisuuden kuntien toimintaympäristöön. Muutosohjelmassa palveluiden painopistettä siirretään kaikille yhteisiin ja ennaltaehkäiseviin palveluihin sekä varhaiseen tukeen ja hoitoon. Muutosohjelma painottaa lasten ja perheiden matalan kynnyksen palveluiden verkostoimista perhekeskustoimintamallin mukaisesti, erityistason palveluiden asiakaslähtöistä integraatiota sekä vaativinta erityisosamista edellyttävien palveluiden varmistamista niitä tar-

vitseville lapsille, nuorille ja perheille. Muutosohjelmalla vastataan lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointitarpeisiin kustannusvaikuttavasti julkisen talouden haasteet huomioiden. Muutosohjelman toteuttamiseen 2016–2018 on varattu 40 miljoonaa, josta pääosa käytetään alueellisen muutostyön tukemiseen. (Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma 2016, 2.)

Lapsi- ja perhepalveluiden uudistuksella voidaan lisätä palvelujen oikea-aikaisuutta ja vaikuttavuutta sekä saada aikaan huomattavia kustannussäästöjä. Uudistuksella vähennetään korjaavien palvelujen, kuten huostaanottojen ja laitoshoidon tarvetta. (Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma 2016, 5)

Tässä artikkelissa kuvataan Pohjois-Karjalan LAPE-hankeen käynnistymistä Karelia-ammattikorkeakoulun hanketoimijoiden näkökulmasta.

“

Lapsi- ja perhepalveluiden uudistuksella voidaan lisätä palvelujen oikea-aikaisuutta ja vaikuttavuutta sekä saada aikaan huomattavia kustannussäästöjä.

LAPE-hankkeen tausta ja organisointi

LAPE-hankkeen taustalla on keväällä 2016 tehdyt maakunnalliset tilannearviot ja aluekierrokset. Niiden pohjalta valtioneuvosto teki päätöksen lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelman linjauksista. Alkusyksyllä 2016 toteutettiin haku maakuntakohtaisiin käynnistämisyhteistyö- ja kokeiluihin. Myös Pohjois-Karjalan maakunta haki omaan LAPE-hankkeeseen tukea. Maakuntakohtaiset muutosohjelmat sijoittuvat vuosille 2017–2018. Niissä on mukana myös arviointi- ja seuranatutkimusta. Maakunnallisissa hankkeissa kehitetään lapsi- ja perhepalveluille uusia malleja ja uutta toimintakulttuuria. Kehittäminen liittyy neljään eri kokonaisuuteen: erityis- ja vaativimman tason palveluiden kehittämiseen, lapsen oikeuksia ja tietoperusteisuutta vahvistavan toimintakulttuurin muutokseen, perhekeskustoimintamalliin sekä varhaiskasvatus, koulu ja oppilaitos lapsen ja nuoren hyvinvoinnin tukeen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a). Keväällä 2019 muutosohjelmasta saadaan johtopäätökset sekä valtioneuvostolta päätöstä miten LAPE-toiminta jatkuu (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b).

Pohjois-Karjalan maakuntaan haettiin omaa LAPE-hanketta ja se hyväksyttiin keväällä 2017. Hankkeen hallinnoijana on Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä (= Siun sote), jonka muodostaa 14 kuntaa. (Pohjois-Karjalan lapsiperheiden matalan kynnyksen ja erityispalvelujen kehittämishanke Siun sotessa (P-K LAPE) 2017, 2.) Siun soten lisäksi hanke-konsortioon kuuluvat Karelia-ammattikorkeakoulu ja

Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus (ISO). Hanke on siis osa Siun soten sosiaali- ja perhepalvelujen toimialan kehittämistoimintaa (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2017a). Hanketta ohjaa, koordinoi, tukee ja arvioi maakunnallinen LAPE-ryhmä. Kunnissa toimivien LAPE-ryhmien tavoitteena on edistää, ohjata, koordinoita, seurata ja arvioida kunnassa tehtävää lapsi- ja perhepalvelujen muutostyötä. Kunnan LAPE-ryhmä toimii vuoropuhelussa maakunnallisen ryhmän kanssa. Hankkeen toimeenpanoryhmäksi on nimetty Siun soten Sosiaali- ja perhepalvelujen johtotiimi, täydennettynä kuntoutuspalvelujen, terveyspalvelujen sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen edustuksella sekä maakuntaliiton, Karelia-ammattikorkeakoulun ja ISO:n (Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus) edustajalla. Hankkeella on nimetty projektipäällikkö, joka osallistuu ryhmän toimintaan, toimii toimeenpanoryhmän sihteerinä ja valmistelijana sekä operatiivisesta toiminnasta vastuullisena käytännön toiminnan vetäjänä. Hankkeessa on lisäksi muuta hankehenkilöstöä (kaksi kokoaikaista ja kaksi osa-aikaista), jotka toimivat työnjohdollisesti projektipäällikön alaisuudessa. Kullakin hanketyöntekijällä on oma kehittämisalue, josta he vastaavat. Hanke jaetaan operatiivisen toiminnan näkökulmasta kahteen osaan, alueelliseen ja maakunnalliseen (yhteiset resurssit) kehittämiseen. Alueellisen kehittämisen pääpaino on perhekeskustoiminnan kehittämisessä sekä maakunnallisen kehittämisen tulosten juurruttamisessa. (Pohjois-Karjalan lapsiperheiden matalan kynnyksen ja erityispalvelujen kehittämishanke Siun sotessa (P-K LAPE) 2017, 5.)

Jokaisessa maakunnassa toimii kärkihankkeen oma muutosagentti, joka työskentelee laajasti sosiaali- ja terveysministeriön tuoman toimeksiannon ja kansallisen tuen turvin. Muutosagentin tehtävänä on muutoksen johtaminen ja sote-uudistuksen sekä kärkihankkeen toimeenpanon eteenpäin vieminen alueellaan. Muutosagentti tukee muutosta, innostaa, valmentaa, viestii, kehittää, koordinoi LAPE-työtä. Lisäksi muutosagentti toimii kansallisissa ja alueellisissa työryhmissä. Muutosagentin tärkein tehtävä on edistää ja koordinoita hankkeen tavoitteiden toteutumista tulevassa maakunnassa. (Pohjois-Karjalan lapsiperheiden matalan kynnyksen ja erityispalvelujen kehittämishanke Siun sotessa (P-K LAPE) 2017, 5; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017c)

“

Alueellisen kehittämisen pääpaino on perhekeskustoiminnan kehittämisessä sekä maakunnallisen kehittämisen tulosten juurruttamisessa.

Pohjois-Karjalan LAPE-hankkeen virallinen nimi on Pohjois-Karjalan lapsiperheiden matalan kynnyksen ja erityispalvelujen kehittämishanke Siun sotessa (P-K LAPE). Hankkeen tavoitteena on lisätä eri toimijoiden ja ammattiryhmien välistä yhteistyötä Siun soten toimintalueella. Toimintakulttuurin muutoksen tavoitteena on tuottaa lapsiperheiden palvelut jatkossa oikea-aikaisesti ja huomioida entistä paremmin perhe kokonaisuutena. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2017a.) Hanke toteutetaan tiiviissä yhteistyössä varhaiskasvatuksen, koulujen ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Erityis- ja vaativien palvelujen kehittämistyötä viedään eteenpäin yhteistyössä perustason palvelujen kanssa. Hanke toteuttaa osaltaan Siun soten kehittämistavoitteita ja vie eteenpäin toimintakulttuurin muutosta lapsiperhepalvelujen osalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a.)

Siun sotessa ja Pohjois-Karjalan alueella muutoskokonaisuuden tavoitteena on kehittää perhekeskustoimintamallia alueellisesti kattavaksi lähipalvelujen kokonaisuudeksi. Perhekeskusmalli mahdollistaa maakunnan sote-palvelujen, kuntien järjestämien palveluiden sekä järjestöjen ja seurakuntien toiminnan yhteen sovittamisen. (Pohjois-Karjalan lapsiperheiden matalan kynnyksen ja erityispalvelujen kehittämishanke Siun sotessa (P-K LAPE) 2017, 1)

Karelia-ammattikorkeakoulu osana maakunnan LAPE-hanketta

Karelia-ammattikorkeakoululla ja Siun sote organisaatiolla on läheinen strateginen yhteistyökumppanuus. Tavoitteena strategisessa kumppanuudessa on toimintatavoitteiden edellytysten varmistaminen ja kilpailuedun parantaminen. Strategisen kumppanuuden arvo on suuri molemmille osapuolille (Karelia-ammattikorkeakoulu 2017.) Hankkeet, joissa on mahdollista hyödyntää Karelia ammattikorkeakoulun osaamista sekä samalla tukea alan tulevien työntekijöiden koulutuksen kehittämistä ovat molempia osapuolia hyödyttäviä. Karelia-ammattikorkeakoulun henkilöstöä oli mukana laatimassa LAPE-hankesuunnitelmaa. Alkuperäisessä hankesuunnitelmassa Karelia-ammattikorkeakoulun rooli oli organisoida koulutuksia näyttöön perustuvista lapsi- ja perhetyömenetelmistä (mm. Lapset puheeksi -työmenetelmä) ja näin saada alueelle uusia menetelmäosaajia. Hankesuunnitelman vahvistusvaiheessa sosiaali- ja terveysministeriö ja opetus- ja kulttuuriministeriö päätyivät toteuttamaan menetelmäkoulutukset kansallisesti. (Pohjois-Karjalan lapsiperheiden matalan kynnyksen ja erityispalvelujen kehittämishanke Siun sotessa (P-K LAPE) 2017, 14.)

Hyväksytyssä hankehakemuksessa Karelia-ammattikorkeakoululle tuli oma osatoteutus, jossa sen rooliksi tuli toimia yhteisökehittämisen ja arvioinnin tukena (Pohjois-Karjalan lapsiperheiden matalan kynnyksen ja erityispalvelujen kehittämishanke Siun sotessa (P-K LAPE) 2017, 10). Maakunnassa ja sen alueella sijaitsevilla kunnissa kaikki lasten ja nuorten ja perheiden palvelut sovitetaan yhteen lapsi- ja perhelähtöiseksi palvelujen kokonaisuudeksi. Perhekeskustoiminnalla on tarkoitus hakea ratkaisua hajanaisen palvelujärjestelmän kyvyttömyyteen vastata lasten ja perheiden avuntarpeisiin viivyttämättä ja kustannustehokkaasti. Palvelujen verkostomaisen rakenteen avulla on mahdollisuus järjestää aikaisempaa monipuolisempaa ammattilaisten sekä vapaaehtoisten ja vertaisten antamaa apua ja tukea esimerkiksi vanhemmuuteen. Perhekeskustoiminnan käyttöönotto edellyttää kuitenkin vaiheistamista ja pitkäjänteistä suunnitelmallista työtä. Karelia-ammattikorkeakoulun osatoteutukselle on nimetty osa-aikainen projektipäällikkö sekä kaksi osa-aikaista projektiasiantuntijaa. Hankkeen aloitus keväällä 2017 viivästyi, ja siitä syystä hankesuunnitelman mukaisen tukiprosessin aikataulua on muokattu vastaamaan paremmin meneillään

“

Palvelujen verkostomaisen rakenteen avulla on mahdollisuus järjestää aikaisempaa monipuolisempaa ammattilaisten sekä vapaaehtoisten ja vertaisten antamaa apua ja tukea esimerkiksi vanhemmuuteen.

olevan maakunnallisen perhekeskusmallin aikataulua. Karelia-ammattikorkeakoulu toimii muutoksen läpivien- nin tukena hankeajan. Tukiprosessi lähtee liikkeelle vii- destä alueiden ja niiden perhekeskuskehittämisryhmien työpajasta. Työpajoissa työtetään perhekeskusten ny- kyvaihe ja yhteinen tavoitetila sekä alustavat jatkosuun- nitelmat. Lisäksi niiden kautta varmistetaan tarvittavat kehittämisresurssit, johdon sitoutuminen suunnitelmiin sekä sen sopiminen, miten etenemistä kullakin alueella seurataan. Työpajat toteutettiin syys-marraskuussa 2017. Lisäksi Karelia-ammattikorkeakoulu osallistuu perhe- keskusten rakentumista helpottavaan tiedonkeruuseen yhdessä hanketyöntekijöiden kanssa. Syksyn 2017 aikana kullakin alueella käynnistettiin sovitut kehittämistoimet.

Karelia-ammattikorkeakoulu tukee kehittämistoi- mien (pilottien) käynnistymistä kunkin alueen tarpeiden mukaisesti tuetun itsearviointin menetelmällä. Karelia- ammattikorkeakoulu organisoii tätä prosessia kolmipor- taisesti tukemalla sekä hankehenkilöstöä, toimeenpano- tasoa että asiakasrajapinnassa työskenteleviä toimijoita. (Pohjois-Karjalan lapsiperheiden matalan kynnyksen ja erityispalvelujen kehittämishanke Siun sotessa (P-K LAPE) 2017, 11)

Itsearviointin tavoitteena on tukea kehittämispro- sessin eteenpäin viemistä ja suuntaamista sekä projektin tavoitteiden saavuttamista ja jatkuvuuden rakentamista.

Tuetun itsearviointin tekee ulkopuolelta tuleva asian- tuntijatuki, joka ryhdyttää, tavoitteellistaa ja dokumentoi subjektina toimivien kehittämistyön toteuttajien itsearvi- ointia. Tuettua itsearviointia toteutetaan koko hankkeen ajan, jolloin sillä saavutetaan prosessiarviointin hyötyjä. Sen avulla pystytään tarkastelemaan myös hankkeen toteutettavuutta, ts. miten toimitaan aika-, toimija- ja taloudellisten resurssien puitteissa. (Pohjois-Karjalan lapsiperheiden matalan kynnyksen ja erityispalvelujen kehittämishanke Siun sotessa (P-K LAPE) 2017, 36)

Lopuksi

Ammattikorkeakoululaki 351/2003 määrittelee ammatti- korkeakoulujen tehtäväksi mm. antaa korkeakouluope- tusta ammatillisiin asiantuntijatehtäviin sekä harjoittaa ammattikorkeakouluopetusta palvelevaa sekä työelämää ja aluekehitystä tukevaa ja alueen elinkeinorakenteen huomioon ottavaa soveltavaa tutkimus- ja kehitystyötä. P-K LAPE-hankkeessa mukana oleminen palvelee kum- paakin edellä mainittua tehtävää. Hankkeen toteutus- vaiheessa sosiaali- ja terveysalan opiskelijat voivat olla osana opintojaan mukana oppimissa uusia, ajankohtai- sia asioita sekä olla mukana kehittämässä uutta perhe- keskustoimintaa maakuntaan. Opettajalla asettuminen projektitehtäviin antaa uudenlaisen näkökulman työelä- män kanssa tehtävään yhteistyöhön ja toinen toiselta op- pimiseen sekä kehittää opettajan valmiuksia toteuttaa ja jakaa uudenlaisia palvelukonsepteja myös opiskelijoiden kanssa. Saamme siis kaikki olla luomassa jotakin uutta; lapsi- ja perhelähtöisiä, yhteensovitettuja, oikea-aikaisia ja tarpeenmukaisia palveluita.

Lähteet

Ammattikorkeakoululaki 351/2003. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20030351> 9.5.2003

Karelia-ammattikorkeakoulu, 2017. Strateginen kumppanuus. <http://www.karelia.fi/fi/karelia/kumppanit/strategiset-kumppanit>

Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma, 2016. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:29. Helsinki

Pohjois-Karjalan lapsiperheiden matalan kynnyksen ja erityispalvelujen kehittämishanke Siun sotessa [P-K LAPE] 2017. Hankesuunnitelma. LAPE – kärkihanke 2017 – 2018. Tarkennettu hankesuunnitelma. 31.1.2017. Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä Siun sote .

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2017a. LAPE- kärkihankeessa rahoitettavat maakuntahankkeet. 2017. <http://stm.fi/hankkeet/lapsi-ja-perhepalvelut/maakuntahankkeet1>

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2017b. LAPE-ohjelma: Sirpaleisesta kehittämisestä kokonaisvaltaiseen uudistukseen ja pysyvään muutokseen. <http://stm.fi/lapsi-ja-perhepalvelut/kuvaus>

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2017c. LAPE-muutosagentit maakunnissa.2017. <http://stm.fi/lapsi-ja-perhepalvelut/muutosagentit>

Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2017. Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/lapsi-ja-perhepalveluiden-muutosohjelma-lape->

Kuva: J. Triephe. CC BY 2.0

YAMK-opinnäytetyöt työelämän kehittämisen välineenä

ARJA-IRENE TIAINEN, YLIOPETTAJA,
KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Ylemmät ammattikorkeakoulututkinnot vaki-
naistettiin vuonna 2006 (Laki 411/2005). Tut-
kintojen erityispiirteenä on se, että ennen kou-
lutukseen hakeutumista opiskelijalla on oltava kolmen
vuoden työkokemus perustutkinnon jälkeen (Ammatti-
korkeakoululaki 932/ 2014; Sinkkonen, Tapani, Aho, Lip-
ponen, Wallin, Saarni & Cumini 2015, 11; Tiainen 2017, 8).
Tutkinnon laajuus sosiaali- ja terveysalalla on 90 opinto-
pistettä, josta opinnäytetyön osuus on 30 opintopistettä.
Opinnäytetyöllä on merkittävä rooli koko koulutuksen
ajan ja se käynnistetäänkin jo ensimmäisen lukuvuo-
den aikana. Opintoihin liittyvät muut opinnot tukevat
opinnäytetyötä ja sen prosessia. Suurin osa opiskelijoista
suorittaa ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon työn
ohessa, jolloin samanaikaiset työelämään liittyvät kehit-
tämistehtävät tukevat myös osaltaan opinnäytetyön pro-
sessia ja sen eteenpäin viemistä.

Tässä artikkelissa kuvataan ylemmän ammattikor-
keakoulututkinnon opinnäytetyön piirteitä ja kerrotaan
miten opinnäytetyöt toimivat osaltaan työelämän kehit-
tämisen tukena.

Opinnäytetyö ylemmässä ammatti- korkeakoulututkinnossa

Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyön
tavoitteena on kehittää ja soveltaa tutkimustietoa. Valit-
tuja tutkimus- ja kehittämismenetelmiä käytetään työelä-
män ongelmien erittelyyn ja ratkaisemiseen. Lisäksi opin-
näytetyön tavoitteena on kehittää valmiuksia itsenäiseen
vaativaan asiantuntijatyöhön. (Asetus 423/2005.) Opin-
näytetyön prosessissa kulminoituu tiedon hallinta, sen
prosessointi ja käytettävät menetelmät sekä näiden so-
veltaminen työelämän kehittämiseen. YAMK-tutkintoon
kuuluvan opinnäytetyön tulee tasoltaan ja laadultaan

“

***YAMK-opinnäytetyöllä
tavoitteellista, parempiin
tuloksiin ja näiden
tulosten vaikuttavuuteen
tähtäävää tutkimuksellista
kehittämistoimintaa.
Kyseessä voi olla työn
prosessien, työn tulosten,
paremman työympäristön,
työyhteisön tai jonkin
muun vastaavan kohteen
kehittämisestä.***

vastata yliopistollista vastaavaa suoritusta ja antaa jatko-opintokelpoisuus. Saman aikaisesti sen tulee vastata myös ammatillisiin odotuksiin ja vaatimuksiin.

YAMK-opinnäytetyöllä tarkoitetaan tavoitteellista, parempiin tuloksiin ja näiden tulosten vaikuttavuuteen tähtäävää tutkimuksellista kehittämistoimintaa. Kyseessä voi olla työn prosessien, työn tulosten, paremman työympäristön, työyhteisön tai jonkin muun vastaavan kohteen kehittämisestä. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta antaa mahdollisuuden työelämän kehittämiseen työyhteisöjen, työntekijöiden ja/tai asiakkaiden tarpeista lähtien. Eri toimijat ovat tasavertaisia kehittäjiä ja tutkijoita tuottaen kontekstisidonnaista ja kumuloitunutta käytännön tietoa ja osaamista. (Arola ja Suhonen 2014.)

Arola ja Suhonen (2014) ovat määrittäneet tutkimuksellisen kehittämistoiminnan suunnitelmalliseksi, tavoitteelliseksi ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen perustuvaksi toiminnaksi, jossa erilaisilla menetelmillä on tärkeä tehtävä. Tutkimuksellisella kehittämistoiminnalla tavoitellaan käytännöstä nousevien ongelmien kehittämishaasteita, jolloin käytetyt lähestymistavat ja menetelmät ero-

avat perinteisen tieteellisen tutkimuksen menetelmistä. Metodiset perustelut tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa sen sijaan nousevat kehittämistoiminnan tavoitteista ja toimintaympäristöistä. Menetelmien valintaan vaikuttaa esimerkiksi se, onko tavoitteena kehittää uusia tuotteita, palveluja tai yhteisön toimintamalleja.

Opinnäytetyöt yhteistyönä työelämän kanssa

Tämän päivän työelämää kuvaa Klemetti ja Lylyn (2016) mukaan nopeus, ennakoimattomuus ja kompleksisuus. Kiihtynyt muutostahti näkyy kaikilla työelämäntasoilla. Muutokset työpaikoilla voidaan nähdä myös mahdollisuuksina. Enemmistö suomalaisista pitää omalla työpaikallaan tehtyjä muutoksia hyödyllisinä, jopa välttämättöminä. Työpaikoilla tapahtuva oppiminen tarjoaa oppimisympäristön, jossa voidaan oppia toisenlaisia tietoja ja taitoja kuin ammattikorkeakoulun teoriaopetuksessa (Tiainen, 2017, 29). Wengerin (2009) mukaan lupaavia oppimisen tuloksia syntyy, kun opiskelijoita liitetään merkityksellisiin käytännönyhteisöihin. Aiemmin jo mainittiin, että lähes kaikki ylempää ammattikorkeakoulututkintoa suorittavat toimivat samaan aikaan työelämässä ja tämän vuoksi ylemmät AMK-tutkinnot ovat samalla läheisessä yhteydessä työelämään (Sinkkonen ym. 2015, 8; Tiainen & Hietala 2012, 185). YAMK-opetuksessa on siirrytty työelämäkeskeisyyteen, jossa oppiminen ja sitä tukevat oppimistehtävät määrittyvät suurelta osin opiskelijan työpaikkojen määrittäminä kehittämistarpeina (Leinonen & Moisanen 2015). Työelämäedustajat ovat ehdottaneet yritysvierailuja YAMK-opiskelijoille osana opintojaksoa. Vastaavasti opiskelijat ovat toivoneet vierailijoita mukaan lähiopetuspäiville tuomaan mukaan käytännön näkökulmaa. (Sinkkonen ym. 2015, 24, 38, 40, 42).

Opinnäytetyössä tapahtuva kehittäminen voi olla laaja, hyvin organisoitu kehittämishanke. Toisaalta se voi olla yksittäisen toimijan oman työnsä tai tietyn yksittäisen kohteen kehittämistä. Opinnäytetyön tutkimuksellisen kehittämisen tulee olla parempien tuotteiden, palveluiden, toimintamallien tai muiden vastaavien käytännön kohteiden kehittämistä. Työelämä tarvitsee yhä enemmän osaamisen soveltamisen taitoja (Klemetti & Lyly 2016). Opinnäytetyö YAMK-tutkinnoissa tehdään usein työelämän kehittämiseen liittyvänä tehtävänä ja sitä voidaan Sinkkonen ym. (2015, 21) mukaan pitää ylemmän tutkinnon ytimenä.

Seuraavaksi esittelen esimerkkejä Karelia-ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelman työelämän ja yhteisöjen kehittämiseen liittyvistä opinnäytetöistä. Karppinen ja Kainulainen (2017) loivat olemassa olevien kotikuntoutuksen mallien pohjalta yhdessä työntekijöiden kanssa kotikuntoutuksen toimintamallin. Toimintamallin kokeilu osoitti sen, että lisäämällä kotihoidon ja fysioterapian välistä yhteistyötä voitiin parantaa kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden toimintakykyä ja vähentää palvelujen tarvetta. Kokeiluun osallistuneet työntekijät kokivat uuden toimintamallin lisäävän myös oman työn mielekkyyttä ja työmotivaatiota.

Suomessa meneillään oleva sosiaali- ja terveyspalvelujen rakenneuudistus lisää kolmannen sektorin roolia omaishoitajien toimijuuden tukemisessa. Ollarannan (2017) mukaan vapaaehtoisten voimin toimivien yhdistysten johtamisessa on olennaista ymmärtää, miten saadaan hyvin erilaiset ihmiset toimimaan yhteisen päämäärän hyväksi. Opinnäytetyön tavoitteena oli yhdistyksen toiminnan kehittäminen osallistavan strategisen johtamisen avulla. Kehittämistyön tuloksena yhdistykselle syntyi visio vuoteen 2025 ja lyhyen aikavälin strategiset tavoitteet. Saatujen tulosten mukaan strategiatyö koettiin hyödylliseksi ja toteuttamiskelpoiseksi.

Elon ja Rissasen (2016) mukaan asiakaslähtöinen palvelu on moniulotteinen kokonaisuus, jonka toteutuminen vaatii muutoksia organisaation rakenteissa ja työntekijöiden asenteissa. Heidän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää diabeteksen hoitopolkua asiakaslähtöisemmäksi terveyskeskuksen vastaanottotyössä ja nostaa asiakkuuksien johtaminen näkyväksi. Kehittämisen kohteiksi opinnäytetyössä nousivat diabeteksen hoidon käytännöt sekä osaamisen vahvistaminen koulutuksella, perehdytyksellä ja työyhteisön tuella. Opinnäytetyön tuotoksena laadittiin diabeteksen hoitopolku, joka toimii paikallisena ohjeistuksena Joensuun terveysasemilla. Hoitopolku julkaistiin terveyskeskuksen henkilökunnalle sähköisesti Mediatri potilastietojärjestelmän ohjeissa ja hoitopolun asiakasversio on luettavissa Joensuun kaupungin internetsivuilla.

Opinnäytetyöt yhteistyönä hankkeiden kanssa

YAMK-koulutuksen hankeyhteistyön kehittämisessä tulisi hyödyntää ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opiskelijoiden työelämän asiantuntijuutta erilaisissa kehittämishankkeissa. Opiskelijat, jotka pääsevät osallistumaan innovatiivisten asiantuntijaryhmien moninaisiin ideoihin, vuorovaikutukseen ja luovaan toimintaan, voivat saavuttaa korkeatasoista osaamista (Hakkarainen 2017). Työelämälähtöiset projektit lisäävät kohtaamisia ja työelämäyhteistyötä.

Tutkimus- ja kehittämishankkeisiin olisi rakennettava sisään sellainen tutkimusote, jossa hankkeen toimijat pystyvät arvioimaan ja hyödyntämään omia tutkimustuloksiaan. Opinnäytetöiden olisi hyvä kytkeytyä myös hankkeisiin niin, että niissä hyödynnetään kaikkien osapuolten osaamista. Seuraavaksi kuvaan Karelia-ammattikorkeakoulun hallinnoimassa New generation recruitment skills for SMEs and workforce (SMEric) -hankkeessa alkanutta opinnäytetyöyhteistyötä.

“

***Kokonaisuudessaan ylempää
ammattikorkeakoulu-
tutkintoa voidaan pitää
yhtenä koulutuksen
muotona, joka palvelee
ja kehittää maakunnan
työelämää.***

SMErec-hankkeen tarkoituksena on korkeakoulutuksen ja yritystoiminnan yhteisellä asiantuntemuksella tehostaa rekrytointien onnistumista Joensuun ja Turun seudulla. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmaan on hankkeen alusta asti tiedotettu mahdollisuudesta tehdä opinnäytetyö rekrytointihankkeeseen ja neljä opinnäytetyötä onkin jo käynnistynyt. Opinnäytetyön aiheet fokusoituvat rekrytointin tematiikkaan ja hankkeen projektipäällikkö ohjaa opinnäytetyöprosessia yhdessä yliopettajan kanssa, jolla varmistetaan opinnäytetyön vaatimusten toteutuminen ja se, että se aidosti hyödyntää hanketta unohtamatta opiskelijan oppimisen prosessia. Hanke tarjoaa myös erilaisten koulutusten, kokousten ja yhteistapaamisten muodossa aitoja oppimistilanteita opiskelijoille.

Päätelmät

Kokonaisuudessaan ylempää ammattikorkeakoulu tutkintoa voidaan pitää yhtenä koulutuksen muotona, joka palvelee ja kehittää maakunnan työelämää (Tiainen 2014). Stenström (2009) toteaaakin, että ammattikorkeakoulut nähdään yhä enemmän tärkeänä osana alueellista kehittämistä. Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden työelämlähtöinen tehtävä on hyvin perusteltu myös ammattikorkeakoululaissa. (ks. Ammattikorkeakoululaki 932/ 2014.) Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyöt tuottavat uudenlaisia ratkaisuja ja toimintamalleja sosiaali- ja terveysalalle alueellisen kasvun ja hyvinvoinnin kehittämiseksi. Vuorovaikutteisesti toteutetut ja työelämään sidotut opinnäytetyöt mahdollistavat samalla tulevaisuuden asiantuntijuuden kehittymisen. Näen tärkeänä, että työelämään sidottujen opinnäytetöiden lisäksi opinnäytetöitä tehdään olemassa oleviin työelämän ja ammattikorkeakoulun hankkeisiin.

Lähteet

Ammattikorkeakoululaki 932/ 2014.

Arola, M. & Suhonen, L. 2014. Osallistava tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Teoksessa A-I. Tiainen [toim.] YAMK työelämää kehittämässä. Sosiaali- ja terveysalan näkökulmia työhyvinvointiin. Karelia-ammattikorkeakoulun julkaisu B:25, 14–22.

Asetus ammattikorkeakouluista annetun valtioneuvoston asetuksen muuttamisesta 423/2005.

Elo, S. & Rissanen, S. 2016. Asiakaslähtöinen diabeteksen hoitopolun kehittäminen Joensuun terveyskeskuksessa. Karelia-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen ylempi ammattikorkeakoulututkinto.

Hakkarainen, K. 2017. Kollektiivinen luovuus, yhteisöllinen oppiminen ja itsensä ylittäminen. Aikuiskasvatus 17 [1], 47–56.

Karppinen, T. & Kainulainen, S. 2017. Kotikuntoutusmallin kehittäminen Kiteen kotihoidolle. Karelia-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen ylempi ammattikorkeakoulututkinto.

Klemetti, M. & Lyly, P. 2016. Työelämän murros mullistaa johtamisen ja HR-työn. Työn Tuuli 1, 7–18.

Laki ammattikorkeakoululain muuttamisesta 411/2005.

Leinonen, R. & Moisanen, K. 2015. Ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelija työelämän tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnan kehittäjänä. Teoksessa Timonen, L., Mäkelä, J. & Raivio, A-M. [toim.] Moninaisuus on hyvän työyhteisön ominaisuus. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisu –sarja, 217–237.

Ollaranta, S. 2017. Toiminnan kehittäminen omaishoitajayhdistyksessä osallistava strategisen johtamisen avulla. Karelia-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen ylempi ammattikorkeakoulututkinto.

Sinkkonen, M., Tapani, A., Aho, M., Lipponen, V., Wallin, O., Saarni, L. & Cumini, A. 2015. Ylempi AMK-koulutus työelän kumppanina – moniammatillinen asiantuntijuus hyötykäyttöön. Tampereen ammattikorkeakoulun julkaisu. Sarja B. Raportteja 82.

Stenström, M-L. 2009. Työpaikalla tapahtuva oppiminen osana koulutuksen ja työelämän muutosta. Ammatikasvatuksen aikakauskirja 11 [2], 4–10.

Tiainen, A-I. 2017. Sairaanhoidajaopiskelijoiden harjoittelun ohjaajien ohjausorientaatio ja sen muutokset 1999–2010. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Dissertations in Education, Humanities, and Theology. N:o 96.

Tiainen, A-I. 2014. Karelia-ammattikorkeakoulun työelämäyhteistyö sosiaali- ja terveysalan ylemmässä ammattikorkeakoulututkinnossa. Teoksessa A-I. Tiainen [toim.] YAMK työelämää kehittämässä. Sosiaali- ja terveysalan näkökulmia työhyvinvointiin. Karelia-ammattikorkeakoulun julkaisu B:25, 7–12.

Tiainen, A-I & Hietala, S. 2012. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen YAMK-tutkinnon työelämäyhteistyö. Teoksessa A. Töytäri [Toim.] Kehittyvä YAMK –Työelämää uudistavaa osaamista. Tampere: Tammerprint, 185–192.

Wenger, E. 2009. A social theory of learning. Teoksessa K. Illeris [toim.] Contemporary theories of learning. Learning theorists...in their own words. New York: Routledge, 209–218.



Isäneuvola ennaltaehkäisevänä perhepalveluna

SUVI-SIRKKU KOIVUNIEMI, TERVEYDENHOITAJA YAMK
TUIJA RAATIKAINEN, SOSIONOMI YAMK
ARJA-IRENE TIAINEN, YLIOPETTAJA,
KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Isäksi tulo ja ensimmäiset vuodet isänä ovat tärkeitä isyyden ja vanhemmuuden rakentumisessa ja kasvussa. Isyyden kokemuksiin iloiseen ja huolineen vaikuttavat lapsen kasvu ja lapsiperheen arki. Isyyden muuttuminen yhteiskunnallisesti ja kulttuurillisesti erilaisten perherakenteiden myötä ovat lisänneet tarpeita kehittää ennaltaehkäiseviä perhepalveluita isän osallisuutta vahvistavaksi. Tähän tarpeeseen vastaamaan on kehitetty isäneuvolan toimintamalli Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalveluiden kuntayhtymässä, Siun soten ennaltaehkäisevissä perhepalveluissa. Toimintamallissa korostuu isän yksilöllinen huomiointi ja kuulluksi tuleminen isyyteen kasvussa. Toimintamallissa on myös huomioitu lapsiperheiden laajat terveystarkastukset sisältöineen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on määritellyt laajojen terveystarkastusten sisällöt ohjeistuksissaan (Hakulinen-Viitanen, Hietanen-Peltola, Hastrup, Wallin &

Pelkonen 2012; Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, 2013). Isäneuvolan toimintamalli on osa Siun soten äitiysneuvolan toimintaohjeistusta ja sen käyttöön ottaminen toteutuu neuvolakohtaisesti. (Siun sote 2017, 21). Toimintamallin kehittämisessä tuotettua tietoa voidaan käyttää ennaltaehkäisevien perhepalvelujen päätöksenteon lähteenä sekä päivitettäessä toimintamalleja ja -käytäntöjä. Tämä artikkeli pohjautuu Koivuniemen ja Raatikaisen Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelman YAMK opinnäytetyöhön ”Isäneuvolan toimintamallin kehittäminen osallisuuden keinoin” (Koivuniemi & Raatikainen 2017).

Isän osallisuus ja sitoutuneisuus

Isän osallisuutta voidaan kuvata kuulumisena johonkin, vaikuttamisena itseään ja ympäristöön koskeviin asioihin ja niiden kulkuun. Sitä voidaan kuvata myös kuulluksi tulemisena sekä aktiivisena ja sitoutuneena toimintana. Osallisuutta pidetään olennaisena tekijänä yksilön hyvinvoinnille, terveydelle ja toimintakyvylle. Osallisuuden vastakohtana voidaan nähdä osallistumattomuutta, passiivisuutta ja ulkopuolelle jäämistä, jopa syrjäytymistä. (Rouvinen-Wilenius 2014, 51; Särkelä-Kukko 2014, 36; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a; Vuoren-maa 2016, 21.)

Isän osallisuus ja sitoutuneisuus vanhemmuuteen vaikuttavat myönteisesti perheen hyvinvointiin, parisuhteeseen sekä lasten kasvuun ja kehitykseen. Perheen hyvinvointiin osallistunut isä lisää vanhempien ja koko perheen välistä vuorovaikutusta arjessa. Yhteiskunnallisesti isän osallisuudella on vaikutusta perheystävällisten työpaikkojen kehittymiseen sekä naisten ja miesten tasa-arvon lisääntymiseen muun muassa perhevapaiden käytämisessä.



Isän osallisuus ja sitoutuneisuus vanhemmuuteen vaikuttavat myönteisesti perheen hyvinvointiin, parisuhteeseen sekä lasten kasvuun ja kehitykseen.

Viime vuosina on yhä enemmän herätty tutkimaan isäilmiötä esimerkiksi perhevapaiden hyödyistä isän hyvinvointia edistävänä tekijänä. Perhevapaat mahdollistavat isän irtaantumisen työstä, siirtämään perhe keskiöön ja sisäistämään lapsen hoitoon liittyvät asiat. Samalla ennaltaehkäiseviä perhepalveluita tuottavilla organisaatioilla on erittäin hyvä mahdollisuus osallistua isän kanssa työskentelyyn, tuottaa lapsiperheelle isälähtöistä palvelua ja samalla vaikuttaa isän tekemiin valintoihin ja päätöksiin. Ennaltaehkäisevän toiminnan suuntaaminen lapsiperheisiin tuottaa aina kannattavaa positiivista tulosta. (Koivuniemi & Raatikainen 2017, 106.)

Isäneuvolan toimintamalli ennaltaehkäisevänä perhepalveluna

Leikki-ikäisten lasten isien on todettu kokevan melko paljon stressiä liittyen isänä toimimiseen ja parisuhteeseen. Nämä molemmat seikat vaikuttavat selkeästi isän ja lapsen yhdessäoloon ja sen määrään. Neljäsosa isistä kokee vanhemmuuden taidot ja lapsen kehitykseen liittyvät tiedot puutteellisiksi. Neljäsosalla isistä on ongelmia kiintymyssuhteessa lapseen, jolloin isällä on vaikeutta ymmärtää ja tulkita lapsen tarpeita sekä tunteita asianmukaisesti. Leikki-ikäisten lasten isät kokevat myös parisuhteeseen liittyvää stressiä, etenkin seksuaalisuuteen sekä tunteiden ilmaisuun liittyvät asiat aiheuttavat tyytymättömyyttä. Lisäksi 13 prosenttia isistä on kokenut vähintään lievää fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa parisuhteessa. (Halme 2009, 96, 114–115, 118.) Isät kokevat tarvetta keskustella isyyteen, vanhemmuuteen, kasvatusasioihin sekä parisuhteeseen liittyvistä asioista. Isät kaipaavat konkreettisia neuvoja arjen pulmiin esimerkiksi lapselle asetettavista rajoista. Keskusteluapua isät kaipaavat puolison, muiden isien tai ammattilaisen kanssa. (Säkijärvi 2008, 33.)

Neurolassa tuetaan ja vahvistetaan vauvaa odottavien ja alle kouluikäisten lasten sekä perheiden terveyttä ja hyvinvointia suojaavia tekijöitä. Varhaisvaiheessa pyritään tunnistamaan ongelmia ja riskitekijöitä sekä neuvonnan, ohjauksen ja tuen tarpeita. Neurolapalvelujen antamalla tuella voidaan edistää isäksi kasvua, kun tuki suunnataan isän tarpeisiin huomioiden hänen yksilöllisyytensä. Tuki ja tarvittavien tietojen saaminen lisäävät turvallisuuden tunnetta. (Hakulinen, Pelkonen & Lehtomäki 2016; Mesiäislehto-Soukka 2005, 124–125.)

Ennaltaehkäisevien perhepalveluiden tavoitteena on tukea vanhemmuutta ja lisätä asiakkaiden osallisuutta



Toimintamalliin on laadittu isän yksilökäynnit raskaudenaikaiselle ajalle ja vauva-ajalle.

toimintakäytäntöjen ja -mallien kehittämisessä ja käytämisessä. Nyt kehitetty isäneuvolan toimintamalli lisää isän osallisuutta lapsiperheen hyvinvoinnissa, vahvistaen ja tukien samalla vanhemmuutta. Toimintamallissa on erityisesti kiinnitetty huomiota palvelun toteuttamiseen isän lähtökohdista. Osallistuessaan isäneuvolakäynnille isä tulee kuulluksi ja yksilöllisesti huomioituksi.

Toimintamalliin on laadittu isän yksilökäynnit raskaudenaikaiselle ajalle ja vauva-ajalle. Lisäksi taaperoaikaiselle käynnille isää kannustetaan osallistumaan yhdessä 2-vuotiaan lapsensa kanssa. Isäneuvolakäynneillä isän kanssa keskustellaan isyydestä ja siihen kasvamisesta, parisuhteesta ja sen muuttumisesta, isän omasta jaksamisesta, arjen sujumisesta sekä lapsen kasvusta ja kehityksestä. Tärkeää on kohdentaa keskustelu niihin asioihin, jotka ovat isälle merkityksellisiä senhetkessä elämäntilanteessa. Käynnin tarkoituksena on kannustaa isää huolehtimaan omasta ja perheen hyvinvoinnista. Osallistuessaan isäneuvolakäynnille isälle syntyy tunne, että hän voi vaikuttaa perheen yhteisiin asioihin ja oman elämänsä kulkuun.

Isän osallistuminen isäneuvolaan perustuu vapaaehtoisuuteen. Palvelun tarkoituksena on vahvistaa ja tuoda esille miesnäkökulma lapsiperhepalveluiden käyttäjänä. Osallistumista edistäviä tekijöitä ovat muun muassa se, että isällä on tietoisuus isäneuvola- ja muista perhepalvelusta sekä palveluiden joustava tavoitettavuus ajallisesti ja paikallisesti. Lisäksi sähköisen yhteydenoton mahdollisuus koetaan edistävän osallistumista.

Isän kohtaaminen isäneuvolakäynnillä

Palvelun saatavuuden lisäksi isän osallisuutta isäneuvolan käyttäjänä edistää työntekijän myönteinen suhtautuminen isään vastaanotolla. Miesnäkökulmaa arvostava ja kannustava läsnäolo vaikuttavat siihen, miten isä tuo esille asioita, joilla on vaikutusta isän vanhemmuuden rakentumiseen ja palveluiden käyttämiseen. Usein isän lapsuudenkodin kokemuksilla ja muistoilla on isyyttä vahvistava tai heikentävä vaikutus. Lapsuuden kokemusten varhainen käsittely mahdollistaa isää tarkastelemaan omaa asemaansa ja sen merkitystä perheessään. Käsittely yhdessä asiantuntijan kanssa avaa isäroolia ja vahvistaa hänen vanhemmuuttaan.

Luottamus työntekijän asiantuntijuuteen rohkaisee isää tekemään ratkaisuja myös oman terveyden ja perheen hyvinvoinnin edistämiseksi. Isän osallisuus lisääntyy, mikäli terveyttä käsiteltävä aihe koskettaa häntä, hän kokee hyötyvänsä siitä ja osallisuus terveyttä edistävässä toiminnassa on uskottavaa. Isäneuvolan toimintamalliin on kehitetty selkeät palvelupolut ja toimintaohjeet, jotka helpottavat palvelun tavoitettavuutta, toteuttamista, seurantaa ja arviointia. (Koivuniemi & Raatikainen 2017.)



Isäneuvolan toimintamallin tarkoituksena on tukea isyyttä, vanhemmuutta ja parisuhdetta sekä rohkaista isiä osallistumaan lapsensa neuvola- ja muihin perhepalveluihin.

Isäneuvolan merkitys isälle

Isäneuvolan toimintamallin tarkoituksena on tukea isyyttä, vanhemmuutta ja parisuhdetta sekä rohkaista isiä osallistumaan lapsensa neuvola- ja muihin perhepalveluihin.

Isäneuvolaan osallistuneiden miesten mielestä tärkeimpiä asioita olivat kuulluksi tuleminen ja yksilöllinen huomiointi. Palautteen mukaan isäneuvola kannusti huolehtimaan omasta terveydestä ja koko perheen hyvinvoinnista. Miehet saivat tarvitsemaansa tietoa käynnin aikana sekä tietoa siitä, mihin ottavat yhteyttä, jos heille itselleen tai perheelle tulee huolia. Lisäksi he rohkaistuivat ottamaan asioita puheeksi. Kolmanneksi miehet kokivat isäneuvolan isyyttä vahvistavana ja tärkeänä palveluna. Uusia näkökulmia ja voimavaroja arkeen miehet kokivat saaneensa isäneuvolakäynnin myötä. Käyntien yhteydessä annetuista materiaaleista isät antoivat positiivista palautetta. (Koivuniemi & Raatikainen 2017, 68.)

Isälle neuvolakäynti antaa tietoa lapsen terveydestä, kasvusta ja kehityksestä, koko perheen hyvinvointiin liittyvistä asioista sekä isän merkityksestä lapsen kehityksen tukijana. Osallistuvan isyyden on todettu lisäävän isän ja lapsen tunneyhteyttä sekä helpottavan isän työasioista irrottautumista vapaa-ajalla. Puolisolle isän osallistuvuus lisää psyykkistä hyvinvointia ja voi-mavaroja sekä mahdollisuuden jakaa vanhemmuutta ja vastuuta. Ennaltaehkäisevissä perhepalveluissa isän kanssa työskenteleminen mahdollistaa isälähtöisempien palvelujen kehittämisen.

Isäneuvolan taloudellinen näkökulma

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarkoituksena on tuottaa palvelutuotteita, joita käytetään ihmisten terveyden, hyvinvoinnin ja elämänhallinnan parantamiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon taloustieteessä palveluiden ajatellaan olevan tuottavia silloin, kun annetuilla resursseilla tuotetaan enemmän suoritteita. Palvelujen tulee olla myös vaikuttavia eli niillä pitää olla myönteisiä hyvinvointi- tai terveysvaikutuksia. Näin ollen kustannusvaikuttavuus on parempi toiminnalla, johon käytettyjä resursseja kohden saadaan enemmän hyvinvointia. (Valtonen 2015, 72–73.)

Siun sotessa on tarkoituksena tuottaa maakunnallisesti yhteneviä palveluja, joiden kustannuslaskennalliset menetelmät ovat samankaltaisia ja toiminnan tulokset ovat verrannollisia toisiinsa nähden (Siun sote 2015). Isäneuvolan toimintamallin laadinnassa huomioitiin toimintamallin pilotointivaiheen palvelupolkujen ja -tapah-

tumien taloudellisia vaikutuksia. Palvelupolut liittyivät asiakkaiden tupakointiin, tuki- ja liikuntaelinvaivoihin, ylipainoon ja metabolisen oireyhtymän (MBO) sukurasitustaustaan. Osaan palvelupoluista liittyi useampia palvelutapahtumia. Ståhlin (2017) mukaan useamman intervention toteuttaminen samanaikaisesti on kustannusvaikuttavampaa kuin yksittäisen palvelutapahtuman toteuttaminen. Palvelupolkujen ja -tapahtumien avulla pystyttiin laskennallisesti osoittamaan se, mitä ennaltaehkäisevä palvelu ja varhainen tuki maksavat, kun se on oikea-aikaista, monialaista, osallistavaa ja hyödynnettävissä asiakkaan tarpeisiin.

Kustannuslaskelmat antavat positiivista kannustusta työntekijälle omaan työhön panostamiseen ja työn vaikutusten hahmottamiseen. Tämän tyyppisten laskelmien avulla selkiytetään tehdyn työn taloudellista näkökulmaa, joka taas vahvistaa työntekijän ammattitaitoa ja läsnäoloa palvelutilanteissa. Toimintojen tehokkuuden ja vaikuttavuuden lisääntyessä tulisi työntekijöitä muistaa myös oikeanlaatuaisella palkitsemisella. (Koivuniemi & Raatikainen 2017, 111.)

Käytännön asiakastyössä palvelupolkujen toteutumisen vaati asiakkaiden motivoimista. Palvelupolkujen toteutumiseen vaikuttaa olennaisesti myös palvelujen saatavuus, mikä voi pienillä paikkakunnilla olla erittäin haasteellista pitkien välimatkojen vuoksi.

“

*Käytännön asiakastyössä
palvelupolkujen
toteutuminen vaati
asiakkaiden motivoimista.*



Kuva: ben. CC BY 2.0

Isäneuvolan toimintamallin kehittäminen

Siun soten ennaltaehkäisevien perhepalvelujen isäneuvolan toimintamallin kehittämisessä käytettiin osallistavia menetelmiä, joilla haluttiin lisätä kehittämistyöhön osallistuneiden isien ja perhepalvelujen henkilöstön osallisuutta ja vaikuttamisen mahdollisuuksia. Kehittämistyössä käytettiin osallistavia menetelmiä, joiden tavoitteena oli kollektiivinen tiedontuotanto, avoin keskustelu, dialogisuus, yhteinen tekeminen ja yhteinen kehittäminen. Osallistavat menetelmät olivat niitä käytännön työkaluja ja harjoituksia, joilla keskustelu- ja suunnittelutilanteita kehittämistyöpajoissa ohjattiin.

Osallistavilla menetelmillä pyrittiin vahvistamaan osallistujien välistä luottamusta, avoimuutta, erilaisten mielipiteiden ja näkemysten esilletuontia, tasavertaisuutta sekä luovaa, myönteistä ilmapiiriä. Osallistavat menetelmät mahdollistivat myös toiminnallista työskentelyä ja

yhdessä oppimista. Osallistavilla menetelmillä pyrittiin vahvistamaan motivaatiota ja sitoutuneisuutta kehittämistyöhön.

Kehittämistyössä osallistavina menetelminä käytettiin kuusi ajatteluhattua-, aivoriihi-, pyöreän pöydän keskustelu-, puheenporina- sekä prosessikävely- menetelmiä. Osallistava menetelmä alkukartoitukseen ja kuhunkin työpajaan valittiin kulloinkin tarvittavan tiedon ja kehittämisen vaiheen sekä ryhmän koon mukaisesti. Kehittämistyön tavoitteet ja tehtävät toimivat koko ajan taustalla menetelmien valinnassa.

Kehittämistyötä varten koottiin alkukartoituksessa tietoa isien osallisuutta perhepalveluissa estävistä ja edistävistä tekijöistä. Lisäksi kartoitettiin niitä tekijöitä, joihin kehittämisessä tulisi kiinnittää huomiota. Alkukartoituksessa koottiin kuusi ajatteluhattua –menetelmällä

mielipiteitä, kokemuksia ja näkemyksiä miesasiakkailta sekä alan ammattilaisilta pyrkien huomioimaan asian eri näkökulmia. Alkukartoituksessa koottua tietoa hyödynnettiin konkreettisen isäneuvolan toimintamallin kehittämisessä. Konkreettinen isäneuvolan toimintamalli kehitettiin työpajoissa, joissa käytettiin useita osallistavia menetelmiä. Työpajat ja toimintamallin testaus toteutettiin Kiteen kaupungin terveysneuvonnan toimintaympäristössä. Työpajoihin osallistui miesasiakkaita sekä terveysneuvonnan henkilöstöä.

Ensimmäisessä työpajassa muodostui aivoriihi –menetelmää käyttäen näkemys isäneuvolan ajallisesta toteutuksesta, työmuodoista sekä käyntien sisällöllistä linjauksista eli isäneuvolan perusrunko. Aivoriihi –menetelmä toimi onnistuneesti luovana ideointimenetelmänä, joka tuotti runsaasti ideoita ja uusia näkökulmia, jotka synnyttivät taas uusia ideoita.

Osallistavien menetelmien myötä työpajoissa koettiin keskustelun olleen avointa, aktiivista ja innostunutta.



Kuva: Thomas Meier. CC BY-NC 2.0

Toisessa työpajassa täsmentyi isäneuvolakäyntien linkittyminen äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan. Erityisesti isäneuvolan sisältöjen täsmennyksiä sekä linkittymistä laajoihin terveystarkastuksiin ajallisesti ja sisällöllisesti tarkoituksenmukaisella tavalla työstettiin pyöreän pöydän keskustelu –menetelmällä, johon oli liitetty toiminnallisuutta. Pyöreän pöydän keskustelun avulla osallistujat pääsivät kertomaan näkemyksiään sekä kuulemaan toisten ajatuksia ja mielipiteitä asioista.

Kolmannessa työpajassa prosessikävely –menetelmällä havainnollistettiin ja jatkokehitettiin laadittua toimintamallia. Prosessikävelyssä käytettiin visuaalisia keinoja aktivoimaan osallistujia ja vahvistamaan näkemystä koko isäneuvolan toimintamallista. Prosessikävely soveltui hyvin palveluprosessin esittelyyn ja hahmottamiseen. Prosessikävelyn toteuttamisessa oli huomioitava riittävän suuri tila liikkumista ja prosessin eri vaiheiden kuvaamista varten. Kolmannessa työpajassa käytettiin myös pyöreän pöydän keskustelua isäneuvolaan tarvittavien työkalujen kartoittamiseen ja kehittämiseen.

Neljännessä työpajassa terveysneuvonnan ammattilaisille havainnollistettiin toimintamalli prosessikävely –menetelmällä. Lisäksi puheenporina –menetelmällä kartoitettiin mahdollisia erityistilanteita, jolloin asiakkaalle tarvitaan palvelupolutus. Palvelupolkujen koostaminen osallistavalla menetelmällä mahdollisti yhteisen ongelmanratkaisun, vastausten löytämisen ja yhteisen oppimisen sekä myös huomiot tilanteista, joihin palvelupolkua ei henkilöstöllä ollut selkeästi tiedossa.

Työpajoihin osallistuneiden palautteissa tuli esille myönteiset kokemukset osallistavista menetelmistä, ryhmätyöskentelystä ja keskinäisestä vuorovaikutuksesta. Kokemusten jakaminen, toisten arvostava kuuleminen, yhteinen ideointi ja uusien ajatusten herääminen koettiin toteutuneen ryhmätyöskentelyissä. Ilmapiiri ja ryhmäläisten osallistumismahdollisuudet koettiin positiivisina sekä lisäpohdintaa herättelvinä. Osallistavien menetelmien myötä työpajoissa koettiin keskustelun olleen avointa, aktiivista ja innostunutta. Runsaan keskustelun vuoksi työpajoihin olisi pitänyt varata enemmän aikaa, mutta toisaalta jokaisella osallistujalla oli oma rajallinen aika käytettävänä.

Opinnäytetyön tekijöiden tehtävänä osallistavia menetelmiä käytettäessä oli toimia ryhmän tukena ja toiminnan koordinaattorina. Ryhmän ohjaamisessa pyrittiin toimimaan tasavertaisesti ryhmäläisten rinnalla

tarkoituksena yhteiseen tavoitteeseen pääsy. Avoimella asenteella ja rakentavilla kysymyksillä pyrittiin saamaan työpajoihin osallistuneiden mielipiteet, tiedot ja kokemukset osaksi kehittämistyötä. Ryhmäläisten tasavertaisuus ja luottamuksellisuus sallivat myös eriävät mielipiteet, kyseenalaistamisen ja kriittisyydenkin. Ryhmänohjauksella vastattiin ryhmätoiminnan etenemisestä, käytännön toteutuksesta, valmistelusta, aikataulussa pysymisestä ja ryhmän tuottamien tulosten tallentamisesta. Osallistavien menetelmien sosiaalisuuden vuoksi opinnäytetyöntekijöiltä vaadittiin tilanajoustavuutta, reflektiivisyyttä sekä keskeneräisyyden ja muutosten sietokykyä. Lisäksi osallistavat menetelmät vaativat ohjaajilta rohkeutta luottaa osallistujien tietoihin, taitoihin ja toimintaan. Osallistavissa ryhmätoiminnoissa positiiviseksi seikaksi ja kehittämistyötä vahvasti tukevaksi osoittautui työpajoihin osallistuneiden aktiivisuus, motivoituneisuus, sitoutuneisuus ja myönteisyys kehittämistyötä kohtaan.

Kehitetyn isäneuvolan toimintamallin lähtökohtana on turvata isän osallisuus neuvolapalveluissa ja vahvistaa isän vanhemmuuden taitoja erilaisissa elämäntilanteissa.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisen keskiössä ovat asiakasosallisuus ja asiakaslähtöisyys. Toisaalta organisaation henkilöstö on merkittävä kehittämisen ja muutoksen resurssi. Näiden molempien ryhmien osallisuutta palveluiden kehittämisessä voidaan tukea ja vahvistaa osallistavilla menetelmillä, jotka laskevat osallistumisen kynnystä, helpottavat ihmisten osallistumista ja asian ymmärtämistä. Osallistavat menetelmät mahdollistavat siis ihmisten vaikutus-mahdollisuuksien lisäämistä, avointa keskustelua, vuorovaikutuksellisuutta ja innovatiivisuutta. Osallistavilla menetelmillä voidaan vahvistaa myönteisen, luottamuksellisen ilmapiirin luomista sekä toiminnallisuuden myötä osallistumista muutenkin kuin puhumalla.

Johtopäätökset

Neuvolapalvelut ovat isälle ensimmäinen kontakti lapsi- ja perhepalveluihin. Koettu palvelukokemus voi vaikuttaa myönteisesti tai kielteisesti isän motivaatioon osallistua jatkossa lastensa ja perheensä asioiden hoitoon palvelujärjestelmässä. Kokemus voi vaikuttaa myös muiden sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen käyttöön elämäntaakan eri vaiheissa.

Kehitetyn isäneuvolan toimintamallin lähtökohtana on turvata isän osallisuus neuvolapalveluissa ja vahvistaa isän vanhemmuuden taitoja erilaisissa elämäntilanteissa. Isäneuvola tarjoaa isälle paikan, jossa hän voi luottamuksellisesti ja avoimesti keskustella omista isyyden tunteuksistaan, vanhemmuudestaan ja muista mieltä askarruttavista seikoistaan, kuten terveysasioista.

Isän osallisuus perheessä näkyy kiintymyssuhteena, vuorovaikutuksena sekä läsnäolona. Osallistuvalla isyydellä on positiivinen vaikutus perheen selviytymiseen haastavista elämäntilanteista ja -muutoksista. Se vaikuttaa myös lapsen itsetunnon vahvistumiseen, stressin sietokykyyn, ongelmanratkaisutaitoihin ja turvallisten ihmissuhteiden luomiseen. Isyys tuo isälle itselleen psyykkistä ja fyysistä hyvinvointia. Se vahvistaa identiteettiä, itsetuntoa sekä motivoi pitämään huolta omasta terveydestään. Osallisuus ja osallistuminen lisäävät isän tietoisuutta asioista ja vaikuttamismahdollisuuksia tulevaisuuden lapsi- ja perhepalveluihin.

Isäneuvola täydentää omalta osaltaan ennaltaehkäiseviä perhepalveluita ja neuvolassa toteutettavia laajoja terveystarkastuksia. Työntekijät yhdessä isien ja heidän perheittensä kanssa muodostavat aidon ja eheän kuvan

perheen tilanteesta lasten kasvaessa. Lisäksi isäneuvolan toimintamalli mahdollistaa työntekijöille uudenlaisen työskentelymuodon, kun kohdattavana asiakkaana onkin isä omine ajatuksineen ja tarpeineen isyydessä ja vanhemmuudessa.

Lähteet

Hakulinen-Viitanen, T., Hietanen-Peltola, M., Hasturpa, A., Wallin, M. & Pelkonen, M. 2012. Laaja terveystarkastus - Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Opas 22/2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos: Tampere. 8.1.2017.

Hakulinen, T., Pelkonen, M. & Lehtomäki, L. 2016. Digitalisaatio antaa monia mahdollisuuksia neuvoloiden kehittämiseen. THL-blogi 16.12.2016. <https://blogi.thl.fi/blogin-nayttosivu/-/blogs/digitalisaatio-antaa-mo-nii-mahdollisuuksia-neuvoloiden-kehittamiseen>. 15.1.2017.

Halme, N. 2009. Isän ja leikki-ikäisen lapsen yhdessäolo. Yhdessäoloa, isänä toimimiseen liittyvää stressiä ja rakenneyhtälömallin kehittäminen ja arviointi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Tutkimus 15. Helsinki: Yliopistopaino. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-7794-2> 3.1.2017.

Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. 2013. Äitiysneuvolaopas – Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Opas 29/2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere. 8.1.2017.

Koivuniemi, S. & Raatikainen, T. 2017. Isäneuvolan toimintamallin kehittäminen osallisuuden keinoin. Karelia-ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2017061113267>. 30.6.2017.

Mesiäislehto-Soukka, H. 2005. Perheenlisäys isien kokemana – fenomenologi-nenä tutkimus. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu: Oulun yliopisto. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514277260.pdf>. 15.1.2017.

Rouvinen-Wilenius, P. 2014. Kohti osallisuutta – mikä estää, mikä mahdollistaa. Teoksessa osallisuuden jäljillä. [toim. Jämsén, A. & Pyykkönen, A.]. Pohjois-Karjalan sosiaalityö- ja terveysyhdistys ry, 51–68. <http://www.jelli.fi/lataukset/2014/05/osallisuuden-j%C3%A4ljill%C3%A4-verkkoversio-pakattuna-16052014.pdf>.

Siun sote. 2015. <http://www.pkssk.fi/sote>. 12.1.2016.

Siun sote 2017. Toimintaohjelma neuvolatoiminnalle, koulu- ja opiskeluterveydenhuollolle sekä lasten ja nuorten ehkäisevälle suun terveydenhuollolle v. 2017-2018.

Säkäjäjärvi, M. 2008. Mitä kuuluu isä? Mannerheimin Lastensuojelu-liiton isäkyselyn tulokset. Sosiaalikehitys Oy. <http://mll-fi-bin.directo.fi/@Bin/5dc113db12d31d69dce52346dd9b15b/1488835791/application/pdf/5848495/MLL%20is%C3%A4kyselyn%20tulokset,%20Sosiaalikehitys%20Oy%20041108.pdf>. 3.1.2017.

Särkelä-Kukko, M. 2014. Osallisuuden eriarvoisuus ja eriarvoistuminen. Teoksessa osallisuuden jäljillä. [toim. Jämsén, A. & Pyykkönen, A.]. Pohjois-Karjalan sosiaalityö- ja terveysyhdistys ry, 35–49. <http://www.jelli.fi/lataukset/2014/05/osallisuuden-j%C3%A4ljill%C3%A4-verkkoversio-pakattuna-16052014.pdf>.

Ståhl, T. 2017. Terveiden edistämisen mittaaminen ja kustannusvaikuttavuus. Alueellinen hyvinvointikertomus -verkostoseminaari 7.2.2017. Helsinki: THL. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yksikkö. [https://www.slideshare.net/THLfi/terveyden-edistämisen-mittaaminen-ja-kustannusvaikuttavuus](https://www.slideshare.net/THLfi/terveyden-edistamisen-mittaaminen-ja-kustannusvaikuttavuus).

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016a. Sokra. Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatio. Osallisuus. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/sokra/tutkimus>. 30.4.2017

Valtonen, H. 2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon talous. Teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 70–82.

Vuorenmaa, M. 2016. Äitien ja isien osallisuus perheessä ja lasten palveluissa sekä osallisuuteen yhteydessä olevat tekijät. Hoitotieteen väitöskirja. Tampereen Yliopisto. Tampere. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0019-7> 30.4.2017



Hoitohenkilökunta lapsen ja nuoren surun tukijana

HENNA-RIIKKA HILTUNEN, TERVEYDENHUOLLON VASTUUHENKILÖ, SAIRAANHOITAJA YAMK
ARJA-IRENE TIAINEN, YLIOPETTAJA,
KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Lapsi tai nuori voi kohdata elämänsä aikana monenlaisia menetyksiä, mutta yksi elämän raskaimmista menetyksistä on läheisen kuolema. Perheenjäsenen kuolema voi olla traumaattinen menetys, jonka myötä lapsen ja nuoren turvallisuudentunne kokee suuren järkytyksen. (Uittomäki, Mynttinen & Laimio 2011, 6–7.) Tutkimukset osoittavat, että vanhemman vakava sairaus vaikuttaa lasten ja nuorten myöhempään psykososiaalisten ongelmien lisääntymiseen (Schmitt 2015b, 287; Birgisdóttir, Bylund-Grenklo, Nyberg, Kreicbergs, Steineck & Fürst 2014; Bylund-Grenklo 2013, 29; Niemelä 2012, 95; Osborn 2007). On myös todettu, että varhaisella puuttumisella ennaltaehkäistäisiin lasten ja nuorten myöhempi traumatisoituminen (Niemelä 2012, 88–89). Hoitohenkilökunnan huomio lapsen tai nuoren surun tukijana korostuu, kun lapsi on lähiomaisena kuolevan potilaan hoitotyössä. Hoitajat kokevat usein onnettomuutta ja riittämättömyyttä kuolevan potilaan hoitotyössä, kun lähiomaisena on lapsi tai nuori. Erityisesti lisääntyneet kotisaattohoidot koetaan haasteellisiksi. Hoitajat

tarvitsevat koulutusta osaamisen kehittämiseksi lasten ja nuorten surun tukijana ja työnohjausta työssä jaksamisen tueksi. (Hiltunen 2016, 127.) Tämä artikkeli pohjautuu Henna-Riikka Hiltusen Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelman YAMK opinnäytetyöhön ”Hoitohenkilökunnan osaamisen kehittäminen lapsen ja nuoren surun tukijana asiantuntijayhteistyön avulla.” (Hiltunen 2016).

Lapsi tai nuori lähiomaisena kuoleman kohdatessa

Lapselle ja nuorelle vaikein menetys on vanhemman kuolema, jolloin turvallisuus voi järkkäytyä, kuoleman koskettaessa läheltä. Kun vanhempi katoaa lapsen maailmasta, olemassa olosta häviää pohja ja kaikki alkaa näyttää epätodelliselta. Häntä, joka oli olemassa, ei enää ole, ja tämä tarkoittaa lapsen elämässä pysyvää muutosta lopuelämäksi. Samanaikaisesti oma tuttu perhe häviää, koska perhe joutuu kuoleman vuoksi epätasapainoon. Perheenjäsenet eivät ole enää samanlaisia kuin ennen.

“

Hoitajat tarvitsevat koulutusta osaamisen kehittämiseksi lasten ja nuorten surun tukijana ja työnohjausta työssä jaksamisen tueksi.

Perheenjäsenten roolit muuttuvat, joten perheen tasapainon palautuminen voi kestää pitkään. Vanhempansa menettänyt lapsi tai nuori voi pelätä, että myös jäljellä oleva vanhempi kuolee tai katoaa. Aivan pienikin lapsi osaa surra, vaikka hän ei vielä ymmärrä kuoleman lopullista merkitystä. Lapset aistivat herkästi läheisten ihmisten ikävän ja surun. Lapsi tarvitsee tällöin rinnalleen aikuista tukemaan ja auttamaan näiden vaikeiden surun tunteiden kanssa. (Pojjula 2016, 115; Mannerheimin Lastensuojeluliitto 2014.)

Se, miten lapsi ja nuori reagoi vanhemman kuolemaan, riippuu lapsen iästä, kyvystä ymmärtää kuolema, kuoleman tavasta sekä lapsen ja vanhemman välisestä suhteesta. Reagointiin vaikuttaa myös se, onko lapselle ja nuorelle kerrottu rehellistä ja oikeaa tietoa kuolemasta, sekä siitä, miten huoltajat selviytyvät omasta surustaan ja miten he selittävät lapselle tapahtuneen ja vastaavat heidän kysymyksiinsä. Lapsi ja nuori ovat lähiomaisia, joilla on samat lähiomaisen oikeudet tietää läheisen sairaudesta tai kuolemasta. (Pojjula 2016, 115–116.)

Lapsen ja nuoren surun kohtaaminen ja tukeminen saattohoidossa on kokeneellekin saattohoidon ammattilaiselle vaikea tehtävä. Vaikka päävastuu lasten ja nuorten tukemisesta onkin vanhemmilla, niin tärkeässä roolissa ovat myös ammattilaisten oikeanlainen tuki ja ohjaus. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan kykyä luontevaan asioiden käsittelyyn ja aitoa vuorovaikutustaitoa sekä keinoja tukea perhettä. (Piitulainen & Väyrynen 2014.)

Lapsen ja nuoren suru

Suru on terve reaktio, jonka aikana ihminen kohtaa muutoksia. Tästä aiheutuu stressiä tai ajatuksia, että on luovuttava esimerkiksi läheisestä ihmisestä. Suru on äärimmäisen tärkeä reaktio, kun lapsi kohtaa menetyksiä. Mikäli lapsi saa kokemuksia, että aikuinen osaa lohduttaa häntä ja aikuinen osaa vastaanottaa hänen surunsa, hän kokee olevansa tärkeä. Tämä merkitsee lapselle turvallisuudentunnetta. Tämä tunne auttaa lasta käsittelemään vastoinkäymisiä myös myöhemmin. Mikäli lapsi kohtaa ympärillään ihmisiä, jotka eivät osaa surra, tai hänen annetaan ymmärtää, ettei suru ole luvallista tai suruun ei anneta tarpeeksi aikaa, hän voi alkaa vältellä surua. Aikuisten oma kielteinen asenne suruun voi johtua siitä, etteivät he itse kykene kohtamaan surua, eivätkä ottamaan lapsen tai nuoren tunteita vastaan juuri sillä hetkellä. Lapsi alkaa tällöin käyttää defensessejä eli mielen puolustuskeinoja surun hallintakeinoina. Lapsi voi alkaa vältellä surua ja kieltää ikävät tapahtumat tunteista. Tällaisessa tilanteessa lapsi varoo tunteitaan suojellakseen aikuisen tunnereaktioita. Lapsen oireilut saattavat ilmetä keskittymisvaikeuksina, ylivilkkautena, unettomuutena tai uneliaisuutena. Pahimmillaan lapsi voi kieltää kokonaan, että jotain ikävää olisi koskaan tapahtunutkaan. Järkeistäminen voi estää myös suruprosessin käynnistymisen. Mikäli lapsi tai nuori ei käsittele surua, se voi patoutua negatiivisena tunnelatauksena ja jäädä elämään tunnetasolla uhkaavana tekijänä. Tämä voi tarkoittaa myöhemmin sitä, että ihminen sairastuu esimerkiksi fyysisesti tai psyykkisesti. (Vilén, Vihunen, Vartiainen, Sívén, Neuvonen & Kurvinen 2013, 301; Hållfast, Kivinen, Sipola, Hammari, Wright & Stainers 2009, 20.)

“

Mikäli lapsi tai nuori ei käsittele surua, se voi patoutua negatiivisena tunnelatauksena ja jäädä elämään tunnetasolla uhkaavana tekijänä.

Hoitohenkilökunnan tärkeänä tehtävänä on antaa lapselle tai nuorelle lupa ja tilaa kysyä kysymyksiä sekä oikeus näyttää tunteensa. Luottamussuhteen syntyminen lapsen ja nuoren kanssa edesauttaa ja rohkaisee avoimuuteen ja turvallisuudentunteeseen. Turvallisessa luottamussuhteessa lapsen tai nuoren ei tarvitse pelätä surevan vanhemman reaktiota. Nuorten kohdalla hoitajalta vaaditaan vuorovaikutuksessa enemmän herkkyyttä ja hienotunteisuutta. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on auttaa nämä lapset ja nuoret suruprosessin alkuun. Nuori tarvitsee yhtä paljon aikuisen tukea kuin lapsikin.

Perheissä isän tai äidin kuoleman jälkeen puolison voimavarat käytetään oman surun ja menetyksen työstämiseen sekä arjesta selviämiseen. Koko suruprosessiin menee aikaa useita vuosia, ja lapsi sekä nuori tarvitsevat apua vielä pitkään. (Hållfast ym. 2009, 20–21.) Lapsi ja nuori tarvitsevat aina aikuisen tukea siinä, että hän oppii käsittelemään surua ja vapautuu negatiivisen tunteen taakasta ja kasvattaa uudelleen kokemusta turvallisuudesta. Selviytymiskokemukset surusta luovat uskoa siihen, että seuraavan menetyksen kohdatessa voi surusta selvitä hengissä. (Vilén ym. 2013, 301.)

Lapsen ja nuoren surun ilmeneminen

Lapsen ja nuoren surureaktioihin ja kuoleman käsittelyyn vaikuttavat ikä, sukupuoli, terveydentila, temperamentti, selviytymistyyli, aikaisemmat kokemukset kuolemasta ja se, millainen suhde hänellä oli kuolevaan (Pojjula 2016, 115; Schmitt 2015a, 294; Kinanen 2009, 19). Lapsen ja nuoren surun ilmenemiseen ja surun käsittelyyn vaikuttaa pitkälti myös ihmisen psykososiaalinen kehitys.

Käyttäytymisen asiantuntijat ovat tarkastelleet surun ja kriisin ilmenemistä ja vaiheita ihmisessä (Kinanen 2009, 13). Asiantuntijat puhuvat surun eri vaiheista tai surun tuomista kriisin vaiheista. Esimerkiksi Kübler-Ross ja Kessler (2006, 22) puhuvat surun viidestä vaiheesta: kieltäminen, viha, kaupanteko, masennus ja hyväksyminen. Poijula (2016, 27) käsittelee puolestaan lapsen traumaattisen kriisi reaktion vaiheita surussa. Traumaattiset tapahtumat näyttävät kulkevan samaa reittiä kuin suru (Kinanen 2009 15). Vaikka traumaattinen kriisi ja suru ovatkin eri asioita, ne ovat eritasoisesti ja monimuotoisesti yhteydessä toisiinsa (Holmberg 2003, 61). Koska lapsille soveltuvaa ja hyväksi koettua trauman ja toipumisen teoriaa ei ole, heihin sovelletaan aikuisten kriisiteoriaa (Pojjula 2016, 27). Traumaattinen kriisi on määritelty ta-

“

Lapsen ja nuoren surureaktioihin ja kuoleman käsittelyyn vaikuttavat ikä, sukupuoli, terveydentila, temperamentti, selviytymistyyli, aikaisemmat kokemukset kuolemasta ja se, millainen suhde hänellä oli kuolevaan.

pahtumiksi, jossa ihminen kohtaa ulkoisen tapahtuman, joka uhkaa hänen fyysistä olemassaoloaan, sosiaalista identiteettiään tai turvallisuudentunnetta. Ulkoinen tapahtuma voi olla esimerkiksi väkivallanteko, vakava sairastuminen tai läheisen kuolema. Tällainen kriisi alkaa yleensä yhtäkkiä ja ennekoimatta missä tahansa ihmisen elämänkehitysvaiheessa. Ihminen kokee tilanteen yleensä kestävämmäksi vaikeudeksi, joka ylittää henkilön nykyiset voimavarat ja selviytymiskeinot. Kriisin vaiheet erotetaan sokki-, reaktio-, läpityöskentely- ja integraatiovaiheet. Vaihemalli ei täysin sovellu sellaisenaan kuvaamaan elävän elämän yksilöllistä kriisiprosessia. Lapsille hyödyllisempi kriisiä kuvaava tieto on, että kriisillä on alku, keskikohta ja loppu. (Pojjula 2016, 29.)

Silloin kun lapsi tai nuori on saanut suru-uutisen läheisen kuolemasta, reaktiot voivat olla hyvin moninaisia. Tunteet voivat vaihdella hyvin voimakkaista tunnereaktioista reaktioiden puuttumiseen. Yleisimmät reaktiot ovat sokki, apatia, puhumattomuus, epäusko, äänekäs protesti tai sillä hetkellä olevan toiminnan jatkaminen. Suurimmalla osalla 2–8-vuotiaista lapsista ilmenee käyttäytymishäiriöitä muutaman viikon kuluessa läheisen kuolemasta. Kuukauden kuluttua 2–17-vuotiaista 70 prosenttia on

surullisia, itkevät ja ärsyntyvät herkästi ja 10 prosenttia kärsii masennuksesta. Kaikissa ikävaiheissa yleisempiä reaktioita ovat unihäiriöt, ruokahaluttomuus ja vetäytyneisyys. Vielä vuoden kuluttua kuolemasta voi ilmetä lievää masennusta. Suru voi aiheuttaa kouluikäisillä ongelmia koulussa ja jopa koulufobiaa ja kiusatuksi tulemistä. Suru voi ilmetä myös vastaavasti ylisuorittamisena koulussa etenkin, jos lapsi kieltää surun. Tyypillisempiä surureaktioita ovat itku, surullisuus, viha, syyllisyyden tunne, itsesyytökset, pelkotilat, eroahdistukset, univaikeudet ja käyttäytymisongelmat. Lapsi voi oireilla myös psykosomaattisesti esimerkiksi palelemalla, olemalla kalpea, epämääräisillä kivuilla ja jopa kuumeella. Surureaktioiden syntyyn vaikuttaa myös se, kuinka läheinen henkilö kuollut oli. Jos kuolema on ollut esimerkiksi väkivaltainen, voi kuolemaan liittyvät muistot olla hyvin konkreettisia ja estää suremista. Lapsilla voi olla myös vastuun ja koston kysymykset täyttävä mieli, ja nämä voimakkaat tunteet estävät surureaktioiden syntymistä. (Poiijula 2016, 119–121, 125.)

Tutkimukset osoittavat, että vanhempansa menettänyt alle viisivuotias lapsi kärsii muita lapsia todennäköisemmin psykiatrisista häiriöistä myöhemmin lapsuudessa. Ne, jotka ovat menettäneet vanhempansa lapsuudessa, kärsivät yleisemmin masennuksesta ja ahdistuneisuudesta. Erityisesti psykiatriset häiriöt lisääntyivät, jos heidän elämässä oli ollut muitakin menetyksiä. Itsemurhahaltius oli myös lisääntynyt niillä aikuisilla, jotka olivat kokeet vanhemman kuoleman lapsuudessa. (Poiijula 2016, 125–126.) Tutkimusten mukaan nuoret tytöt oireilevat herkemmin, jos äiti on sairastunut vakavasti (Osborn 2007). Schmittin (2008, 19) mukaan tyttöjen depressiivisyys johtuu siitä, että vastuu äidin roolista kasvaa. Nykyään uskotaan, että niillä lapsilla ja nuorilla, jotka saavat asianmukaista ja riittävä apua, ei välttämättä ole sen suurempi riski sairastua psyykkisiin sairauksiin kuin muilla. Mikäli lapsen tai nuoren suru pitkittyy ja oireet pahenevat, tarvitsevat he silloin ammattiauttajan apua. (Poiijula 2016, 126.)

Lapsen ja nuoren käsitys kuolemasta eri ikäkausina

Lapset ajattelevat kuolemaa jo hyvin pienenä. Alle puolivuotiaan käsitys kuolemasta on se, että mitä ei voi nähdä, ei myöskään ole olemassa. Mikäli vauva joutuu eroon läheisestä hoitajasta tai hoitaja suree voimakkaasti, reaktiona on vauvan ärtyisyys ja itkuisuus. Vauvojen syöminen ja nukkuminen ovat heikompia, koska rutiinit ovat rikkoutuneet. (Poiijula 2016, 99.) Traumaattisissa tilanteissa hyvin pienikin voi taantua nopeasti. Taantumisen merkkejä ovat esimerkiksi se, että lapsi haluaa koko ajan aikuisen lähelle. Tässä vaiheessa on tärkeää, että vierellä on aikuinen, joka kykenee ja hyväksyy tämän taantumisvaiheen lapsen elämässä. Tällöin turvallisuus on luotava lapsen kokemusmaailmassa uudelleen niin kauan, kunnes lapsi on ”tankannut” itselleen aikuisen läheisyyttä tarpeeksi. (Vilén ym. 2013, 306.) Vaikka alle vuoden ikäinen lapsi ei ymmärrä sanoja, äänen sävelkulku, kosketuksen herkkyyks, erilaiset tuoksut ja huolenpito kertovat, että hänestä välitetään ja elämä jatkuu (Schmitt 2008, 63).

Alle kaksivuotias kiinnittää jo huomiota, että läheistä ihmistä, joka oli olemassa, ei enää ole. He osaavat myös ikävöidä ja kaivata ihmistä, joka katoaa yhtäkkiä heidän elämästään. Lapsi voi näyttää surunsa vetäytymällä syrjään, olemalla apaattinen ja menettämällä ruokahalunsa sekä kiinnostuksensa leikkeihin ja liikkumiseen. (Gothöni 2014, 197; Poiijula 2016, 99.) Aikaperspektiivi on kuitenkin tämän ikäisellä lapsella lyhyt, ja muistikuvat himmenevät nopeasti. Pikkulapsi voi ajatella ja säilyttää muistikuvan kuolleesta vain lyhyen hetken. (Poiijula 2016, 99.)

Käsitys kuolemasta 2–5-vuotiailla on maaginen, minäkeskeinen ja kausaalinen. Lapsi ei voi ymmärtää eron pysyvyyttä, vaan hänen käyttäytymisensä tähtää yhteen pääsemiseen kuolleen läheisen ihmisen kanssa. Pikkulapsi voi ajatella kuolemaa tilapäisenä ja uskoa, että leikkikaveri tulee takaisin tai rakas vanhempi nukkuu vain vähän aikaa. Lapsi voi kuvitella, että kuollut on yhä ”hengissä” ja hengittää ja pysyy lämpimänä arkussa maan sisällä. (Poiijula 2016, 99; Hammarlund 2010, 159.) Lapsi oireilee elossa olevalle vanhemmalle tai läheiselle hoitajalle itkien, taakertuen ja osoittaen erotilanteissa vihaisuutta kiukku-kohtauksilla tai tuhoavalla käyttäytymisellä. Vanhemman kuoleman kokeminen tässä kehitysvaiheessa voi heikentää lapsen turvallisuudentunnetta. Lapsi voi tarvita toistuvia vakuutteluja ja selityksiä. Vaikeinta lasten on

ymmärtää kuoleman lopullisuus ja universaalisuus sekä se, että kaikki kuolevat joskus. (Poiijula 2016, 99–100.) Vaikka 2–5-vuotias ei itse osaa kertoa, mitä hän ajattelee tai tuntee vaikeasta asiasta, voi lapselle silti puhua rauhallisesti ja kertoa asiasta. (Vilén ym. 2013, 306.)

5–7-vuotiaina lapset alkavat ymmärtää, että kuolema on lopullinen ja universaali. He ymmärtävät, että kuolemalla on syy ja se aiheuttaa pysyvän menetyksen. Tämän ikäinen lapsi voi maagisen ajattelutavan vuoksi kokea, että hän on vastuussa kuolemasta, jos on sitä vihan hetkenä toivonut tai käyttäytynyt itse sopimattomasti. Kuoleman käsitys ei kuitenkaan ole vielä henkilökohtainen, vaan lapsi uskoo, että kuoleman voi välttää. He uskovat, että heillä on ylliluonnollisia voimia, jos he ovat oikein kilttejä tai rukoilevat kovasti, niin läheinen ei kuolekaan. (Poiijula 2016, 100; Hammarlund 2010, 159; Schmitt 2008 63.) Lapsen suru ilmenee jaksoittaisesti, kun aikuisten suru on kokonaisvaltaisempaa. Lapsi saattaa juosta ja leikkiä niin kuin mitään ei olisi tapahtunutkaan. Yhtäkkiä leikki saattaa loppua ja surun tunne valtaa lapsen mielen, jolloin hän vetäytyy itseensä. Yksinäisyyden ja surun tunne kestää hetken, ja leikki jatkuu taas normaalisti. (Hogan 2013, 154; Gothöni 2014, 197.)

7–12-vuotiaina lapset ovat kiinnostuneita kuolemasta, ja heidän käsityksensä kuolemasta on konkreettinen ja realistinen. Tässä vaiheessa syntymä, kuolema ja seksi kiinnostavat lasta. Yleensä jo yli yhdeksänvuotiaat ymmärtävät, että kuolema on lopullinen, väistämätön ja henkilökohtainen. (Poiijula 2016, 101; Hammarlund 2010, 159.)

Yli 12-vuotiaat saavuttavat jo saman abstraktisen ajattelun kuoleman lopullisuudesta kuin aikuiset. He ymmärtävät tässä vaiheessa, että kuolema on luonnollinen prosessi. (Gothöni 2014, 198; Poiijula 2016, 101.) Kaikki elollinen kuolee, jopa pienet vauvat ja lapset. Oman sisaruksen kuolema voi tuntua epäoikeudenmukaiselta ja nostattaa miksi-kysymykset mieleen. He saattavat pohtia myös, miksi sisaruksen täytyi kuolla, kun hän saa elää. Lapselle voi tulla omasta selviytymisestä liian suuri taakka, että he toivoisivat ennemmin olevan itse kuollut ja sisaruksen saavan elää. Teini-ikäiset käsittelevät surua hyvin samaan tapaan kuin aikuisetkin (Hogan 2013, 154 – 155). Läheisen kuollessa nuori näkee ja ymmärtää tapahtuman seuraukset ympärillään (Suomen mielenterveysseura 2004, 13).

Murrosikäisellä nuoruuden kehityskriisit ja suru muovautuvat yhteen. Tämän takia nuoren on vaikea käsitellä



Kuva: U.S. Fotografie. CC BY-ND 2.0.

kuoleman ja surun tuomaa tunnemyrskyä. (Gothöni 2014, 198.) Nuorten kanssa täytyy miettiä myös tarkkaan, milloin kuolemasta keskustellaan. Kuolemaan liittyvät keskustelut on parempi ajoittaa päiväsaikaan. (Kinanen 2009, 24.) Nuoret eivät mielellään jaa kuolemasta aiheuttuvia tunteita oman perheen kanssa. Ystäväpiirissä nuori voi myös tuntea itsensä erilaiseksi ja voi salata tunteitaan. Tunteiden salaaminen voi kuitenkin purkautua hyvin ongelmallisena toisissa asiayhteyksissä. (Suomen mielenterveysseura 2004, 13.) Nuorten kanssa tarvitaan erityisherkkyyttä olla lähellä ja käytettävissä niin kouluissa, harrastuksissa kuin ystäväpiirissä. Nuoret odottavat ymmärrystä. Heidän pyyntönsä on yleensä sanatonta, ja siksi aikuisten on uskallettava olla rohkeita ja nähdä, milloin on aika auttaa nuorta surussa. Nuori tarvitsee paikan, jossa purkaa turvallisesti tunteitaan ja ajatuksiaan. Joillekin päiväkirja, musiikki tai vastaava voi olla apukeino, joka auttaa surussa. (Eho 2008, 225.)

Surevan lapsen ja nuoren tukeminen

Aikuisilla on monesti halu suojella lapsia ja nuoria surulta, ja he saattavat tehdä sen virheen, etteivät kerro lapsilleen kuolemasta mitään (Kübler-Ross & Kessler 2006, 189). Heillä on tapana idealisoida lapsuus elämänvaiheeksi, johonka tuska ja suru eivät yllä. Oman kuolevaisuuden kohtaaminen on aikuiselle vaikeaa, ja aikuisenkin on vaikea ymmärtää ja hyväksyä, että myös hän itse voi kuolla. Siksi aikuiset välttelevät lasten ja nuorten kanssa keskustelemista kuolemasta. (Poijula 2016, 103; Hammarlund 2010, 161–162; Turner & Bailey 2004, 15.)

Lapselle ja nuorelle totuudenmukainen ja avoin keskustelu auttaa parhaiten ymmärtämään kuolemantapausta (Uittomäki ym. 2011, 21). Silloinkin, kun aikuiset tietävät läheisen kuoleman lähestyvän ja valmistautuvat itse tunnetasolla siihen, heistä voi tuntua vaikealta kertoa asiasta lapsille. Lapset ja nuoret ovat kuitenkin oikeutettuja saamaan saman mahdollisuuden valmistautua tunnetasolla läheisen kuolemaan. (Mattila 2011, 106.)

Oma vanhempi on luonnollisesti parhain aikuinen kertomaan tapahtuneesta. Lapsi ja nuori odottavat, että heille kerrotaan heti olennaiset asiat rehellisesti ja selkeästi sekä kehitystason mukaisella kielellä. On erittäin tärkeää painottaa lapselle ja nuorelle, etteivät he jää surun kanssa yksin. Lisäksi on hyvä rohkaista heitä puhumaan ja kysymään tapahtuneesta. Lapsilla voi olla erilainen näkemys kuolemasta. Heillä saattaa olla vääristynyt käsitys kuolemasta sekä epäselvyyksiä kuolemaan liittyvistä asi-

Lapselle ja nuorelle totuudenmukainen ja avoin keskustelu auttaa parhaiten ymmärtämään kuolemantapausta.

oista. Näitä asioita on tärkeä pohtia yhdessä lapsen kanssa sekä keksiä ratkaisu- ja selviytymiskeinoja. Lapselle ja nuorelle on tärkeää antaa lupa surra mutta heidän omilla ehdoilla sekä antaa aikaa edetä suruprosessissaan. (Uittomäki ym. 2011, 21–22.) Aikuisen tehtävänä on myös auttaa kärsivää lasta ja nuorta hyväksymään mikä tahansa tunne ja auttaa heitä hallitsemaan tunteitaan. Vanhempien on hyvä seurata lapsiaan ja heidän käyttäytymisen muutoksia ja reagoida niihin lohduttamalla ja myötäeläen rehellisesti ja johdonmukaisesti sekä olla avoin myös omista tunteistaan ja ajatuksistaan. (Poijula 2016, 104; Hammarlund 2010, 162–163.) Vanhemmat voivat valmistaa lapsiaan suuriin menetyksiin puhumalla ennalta väistämättömistä pienemmistä menetyksistä ja auttamaan lasta ilmaisemaan surua ja vastaanottamaan lohdutusta (Poijula 2016, 105).

Lapsilla on luonnostaan omia keinoja, miten he käsittelevät läheisen kuolemaa. Hiltusen (2016, 92) tekemän kyselyn mukaan lapsilla ilmenneitä omia keinoja kuoleman käsittelyssä olivat olleet muun muassa:

- » Mielikuvitustarinat
- » Kuolemaleikit ja mielikuvitusleikit: puhelut taivaaseen, kuollut oli leikeissä mielikuvituskaveri sekä hautajaisleikit
- » Kuolemaan liittyvät piirustukset
- » Tavaroiden keräily kuolleen muistolle
- » Vappupallon ilmaan lähettäminen kuolleen läheiselle
- » Laulaminen, tanssi
- » Kuolemaan liittyvien faktojen kysely ja avointa keskustelua kuolemasta
- » Kuolleen läheisen ilolla muistelu (jouluna ja syntymäpäivinä)
- » Läheisyys ja syli



Kuva: Stewart Black. CC BY 2.0

Hoitohenkilökunnan rooli surevan lapsen ja nuoren tukemisessa

Perheessä sattuneen läheisen kuoleman ja surun keskellä vanhemmat pohtivat, miten auttaa lasta surussaan. Samaa asiaa pohtivat myös lapsen kanssa työskentelevät ammattilaiset. Vanhemmilla on oma suru vienyt kaikki voimavarat. Siksi muut aikuiset ovat erittäin tärkeässä asemassa lapsen ja nuoren tukemisessa. (Mattila 2011, 105.) Hoitohenkilökunnan on osattava auttaa lasta ja nuorta, joka on joutunut kohtaamaan vanhemman tai sisaruksen kuoleman. Heille on tarjottava apua, mutta samalla on oltava herkkä ja osattava ottaa huomioon perheen kulttuuri ja uskomukset. Perheelle on kerrottava, että lapsella tai nuorella on oikeus omaan suruun sekä mahdollisuus keskustella tunteistaan ilman mitään pakotetta. (Speck 2010, 192.)

Monesti hoitohenkilökunnalle saattaa olla vaikeinta surevan lapsen tai nuoren tukemisessa oma epävarmuus

ja avuttomuuden sietäminen. Perheen surun kohtaaminen voi herättää omia menetyksen kokemuksia. Tämän takia on erittäin tärkeää, että ammatti-ihmiset ovat käsitelleet oman suhteensa kuolemaan. Perheelle on kuitenkin erittäin tärkeää, että hoitohenkilökunta kykenee rohkeasti kohtaamaan heidät. Pahinta mitä hoitohenkilökunta voi tehdä, on jättää perhe yksin tai vältellä heidän kohtaamistaan. Lapsen ja nuoren tilanteesta on informoitava myös muita tahoja, esimerkiksi päivähoitoa ja koulua. Tämä auttaa hoitopaikan ja koulun ymmärtämistä lapsen mahdollisessa käytöksen muuttumisessa sekä antaa valmiudet tukea lasta ja nuorta selviytymään arkirutiineissa surutyön aikana. Arkirutiinit luovat lapselle ja nuorelle turvallisuudentunnetta. (Uittomäki ym. 2011, 27–29.)

“

On erittäin tärkeää,
että ammatti-ihmiset
ovat käsitelleet oman
suhteensa kuolemaan.

Luovia menetelmiä on monenlaisia, ja niitä voidaan hyödyntää lapsen ja nuoren surun käsittelyssä. Menetelminä voi olla esimerkiksi leikki, piirtäminen, kirjoittaminen, maalaaminen ja musiikki (Kinanen 2009, 56–58). Kaikki tukeminen lähtee kuitenkin aina toimivasta ja luottamuksellisesta vuorovaikutuksesta. Mikäli lapsi tai nuori ei luota työntekijään, ei ohjeilla, kuuntelemisella tai kasvatuksella ole oikeanlaista vaikutusta. Vuorovaikutuksellinen tukeminen edesauttaa parantamaan asiakkaan voimavaroja ja lisää voimaantumisen tunnetta. (Vilén ym. 2013, 462.)

Hyvään vuorovaikutukselliseen tukemiseen sisältyy aina arvostava katse, joka mahdollistaa nähdyksi tulemisen. Aikuiset voivat tuntea avuttomuutta katsoessaan lapsen tai nuoren hätää, pelkoa ja turvattomuutta. Aikuisen voi tällöin vältellä katsekontaktia lapsen tai nuoren kanssa, koska ei osaa eikä tiedä, miten siinä tilanteessa osaisi auttaa. Tällöin aikuisesta voi tuntua helpommalta ikään kuin olla huomaamatta lasta tai nuorta. Katseen välttely viestii lapselle tai nuorelle, ettei aikuinen halua kohdata häntä. (Mattila 2011, 27–29.)

Aikuisen on tärkeä tiedostaa, mitä peilikuvana oleminen tarkoittaa. Peilikuvana oleminen tarkoittaa, että lapsi ja nuori peilaa itsestä ja muista ihmisistä sen, miten häneen suhtaudutaan. Vuorovaikutuksellinen tukeminen tarkoittaa sitä, että asiakas ja työntekijä yhdessä yrittävät etsiä vastauksia siitä, miten toimia. Aina ei kuitenkaan valmiita vastauksia ja toimintatapoja löydy. Sosiaali- ja terveysalan työntekijän työhön liittyy myös olennaisesti se, että oppii sietämään epävarmuutta ja epätietoisuutta lasten ja nuorten kanssa. Työntekijältä täytyy löytyä alusta lähtien kykyä heittäytyä myös epävarmaan tilanteeseen mukaan. (Vilén ym. 2013, 462.) Tärkeintä on, että aikuinen, joka käsittelee surua ja traumaa lapsen tai nuoren

kanssa, on itse kykenevä käymään läpi asiaa ahdistumatta siinä itse. Ahdistunut aikuinen voi ahdistaa lasta entisestään. (Vilén ym. 2013, 306.)

Sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden on myös tärkeää tietää, keneen otetaan yhteyttä kunnassa, kun lapsen tai nuoren elämässä tapahtuu traumaattinen kriisi. Jokaisessa kunnassa tulisi olla kriisivalmiussuunnitelma niin pienten kuin isojen traumojen varalle. Jokaisella työntekijällä on kuitenkin vastuu perusturvan takaamisesta. Jokainen koulu ja päivähoitoyksikkö voivat myös luoda omat toimintasuunnitelmansa siitä, miten toimitaan, jos esimerkiksi yksikössä oleva lapsi joutuu kohtaamaan kriisin. Suunnittelun apuna voidaan hyödyntää kokeneen traumapsykoterapeutin apua sopivien menetelmien löytämiseksi. (Vilén ym. 2013, 306–307.)

Taulukko 1. Hoitohenkilökunnan keinot pähkinänkuoressa (mukaillen Poijula 2016, 179–180; Niemelä 2015; Tuukkanen 2016; Birgisdöttir 2015; Hiltunen 2016, 128).

Keinot pähkinänkuoressa
1) Dokumentoi ja raportoi potilaan perheessä olevista lapsista ja nuorista.
2) Ota perhe kokonaisuutena huomioon kuolevan potilaan hoitotyössä.
3) Luo luottamuksellinen vuorovaikutussuhde koko perheeseen. Muista arvostava katse lapsen ja nuoren kohtaamisessa.
4) Älä pakota lasta tai nuorta reagoimaan tietyllä tavalla, vaan ota vastaan lapsen ja nuoren reaktiot hyväksyen. Välitä ja anna lapselle ja nuorelle tunne huolenpidosta ja mahdollisuus läheisyyteen ja keskusteluun.
5) Anna rehellistä tietoa ja kerro tosiasiat tapahtuneesta huomioiden lapsen kehitystaso. Vältä sanontoja nukkunut pois tai menehtynyt. Lapselle konkreettisempi ilmaisu on kuollut. Mikäli et osaa vastata johonkin lapsen kysymykseen, voi lapselle rehellisesti kertoa, ettei aikuinenkaan tiedä kaikkea.
6) Ota mukaan hoitotoimenpiteisiin esimerkiksi omaisen syöttämiseen, rasvaamiseen tai muihin pieniin toimenpiteisiin. Muista suojata erityisesti pikkulapsia liian traumaattisilta näyiltä tai ääniltä.
7) Ole kuunteleva ja tarkkaileva, miten lapsi tai nuori ymmärtää kerrotun. Rohkaise häntä ilmaisemaan ajatuksiaan ja kysymyksiään.
8) Oikaise väärinkäsitykset!
9) Tarjoa mahdollisuuksia ilmaista tapahtunut eri keinoin: puhumisen, leikin, piirtämisen, kirjoittamisen tai tunnekorttien kautta. Osastolla voisi olla oma surulaatikko, josta tavarat löytyisivät nopeasti.
10) Tue perhettä avoimuuden ja rehellisyyden korostamiseen kotona, päiväkodissa ja koulussa. Tarvittaessa auta heitä kertomaan asiasta muille esimerkiksi päivähoitoon tai kouluun.
11) Korosta, kuinka tärkeää on normaalien rutiinien palauttaminen arkeen.
12) Tue vanhempia näyttämään surun tunteensa lastensa läsnä ollessa mutta muistaen rauhallisen ja turvallisen suhtautumisen.
13) Tue lasta ja nuorta nimeämään tunteensa. Se vähentää stressin kielteisiä fyysistä ja psyykkistä vaikutusta.
14) Järjestä turvallisen ympäristön ja aikuisen läsnäolo.
15) Tue perhettä yhdessä oloon mahdollisimman paljon.
16) Tue vanhempia ottamaan lapset ja nuoret mukaan myös jäähyväisten jättöön ja kuoleman hetkeen, jos se on vain mahdollista. Sopikaa asiasta jo hyvissä ajoin ennen läheisen kuolemaa, ketkä ovat kuoleman hetkellä paikalla. Valmistelkaa lapsi ja nuori kuoleman näkemiseen.
17) Tarjoa muita tukipalveluja, esimerkiksi sururyhmää, leirejä ja nuorille tarkoitettua Tekstaritupu-palvelua.
18) Ole yhteydessä perheeseen myös kuoleman jälkeen ja ohjaa perhe tarvittaessa muihin sosiaali- ja terveyspalvelujen ammattilaisten tai kolmannen sektorin palveluihin.
19) Hyväksy myös ammattilaisena omat tunteesi ja surusi.
20) Lapsen ja nuoren surun tukemisessa ei ole olemassa yhtä oikeaa vastausta. Elä siinä hetkessä myötäeläen omana itsenäsi. Ole kuulolla, ole aidosti läsnä!

“

Tärkeintä lasten ja nuorten surun kohtaamisessa on aito läsnäolo, turvallisen ympäristön luominen ja rehellisyys.

Toimintamalli lapsen ja nuoren surun tukemiseksi

Terveystuolissa tarvittaisiin yhteiset linjaukset siitä, kuinka toimia, kun vakavasti sairastuneella potilaalla on lähiomaisena lapsia tai nuoria. Ennaltaehkäisevä työ täytyisi kohdistaa perheen oikeanaikaiseen tukemiseen silloin, kun perheessä on tullut äkillinen kriisi esimerkiksi vanhemman sairastuttua vakavasti. Väliintulolla ehkäistäisiin perheen ongelmien kasaantumista. Olettaessa perheen lapset huomioon tuetaan samalla myös yksin jäänyttä vanhempaa. Vanhemman ei tarvitse tällöin kantaa koko taakkaa yksin, kun suru on suurimmillaan ja omat voimat ovat kadonneet. Teoriatieto, asiantuntijoiden vankka työkokemus lasten ja nuorten surun tukijoina sekä tutkimukset todistavat sen, kuinka perheen kokonaisvaltaisella huomioimisella voidaan ehkäistä lasten ja nuorten myöhempi traumatisoituminen. Lasten ja nuorten myöhempi traumatisoituminen ja henkinen pahoinvointi ovat selvästi yhteydessä suoraan lastensuojelun palvelujen tarpeeseen. (Hiltunen 2016, 78,101–102.) Niemelän (2015) mukaan lastensuojelun palvelujen tarve vähenee, jos lapsen arkea tuetaan. Lasten ja nuorten surun tukeminen ja ennaltaehkäisy auttaisivat lasta ja nuorta selviytymään menetyksestään, mutta varhainen puuttuminen auttaisi myös koko yhteiskuntaa.

Lapsen ja nuoren surun tukeminen vaatii jokaiselta tervetuntuolun organisaatiolta ja työntekijältä motivaatiota työn kehittämiseen. Potilaan ensimmäisellä vas-

taantokäynnillä tulisi kysyä taustatiedot lähiomaisista ja se, onko lapsia ja minkä ikäisiä he ovat. Mikäli potilaalla on lapsia, olisi tärkeä selvittää, tietävätkö lapset jo sairaudesta, ja samalla tarjota heille keskusteluapua. Dokumentoinnin merkitystä ja tiedottamista täytyisi vahvistaa ja kehittää enemmän perhehoitotyön mallin mukaiseksi. Näin potilaan perhetaustat olisivat helpommin saatavilla ja huomioitavissa. (Hiltunen 2016, 78.)

Perheitä tukisi myös organisaatiossa oleva työpäri, joka ottaisi ”kopin” perheestä siinä vaiheessa, kun tieto vakavasta diagnoosista on tullut. Työpäriä olisi viimeisin tieto lasten ja nuoren surun tukemisesta, tukikeinoista ja moniammatillisen yhteistyöverkoston yhteystietoja ja kontakteja. Työpäri voisi koostua esimerkiksi sairaanhoitajasta ja sosiaalityöntekijästä. Työpäri voisi tehdä kotikäyntejä ja tavata lapsia tai nuoria erikseen sekä olla tarvittaessa yhteydessä muihin tahoihin. Työntekijät tekisivät yhteistyötä esimerkiksi päiväkodin ja koulun kanssa, jos perhe sitä haluaisi. Tärkeää olisi saada aikaan luottamuksellisia tapaamisia koko perheen kesken, sekä erikseen lasten ja nuorten kanssa. (Hiltunen 2016, 23–24.)

Lasten ja nuorten kohtaaminen hoitotyössä vaatii hoitohenkilökunnalta rohkeutta, ammatillisuutta ja hyviä vuorovaikutustaitoja. Kohtaamiseen ja vaikeiden asioiden käsittelyyn on tarjolla monenlaisia menetelmiä. Keskustelujen apuna voidaan käyttää esimerkiksi piirtämistä, kirjoittamista, tunnekortteja ja valokuvausta. Osastolla voi olla erillinen ”surulaatikko”, jossa on näihin menetelmiin liittyviä tarvikkeita ja ohjeita. Tärkeintä lasten ja nuorten surun kohtaamisessa on kuitenkin aito läsnäolo, turvallisen ympäristön luominen ja rehellisyys. Apuna voidaan hyödyntää lisäksi moniammatillista asiantuntijuutta, kuten perhetyöntekijöitä, sairaalapastoria tai akuuttityöryhmää tai kolmannen sektorin verkostoja. Sosiaali- ja terveyspalvelujen hyödyntäminen laajemmin sekä perheen oman sosiaalisen verkoston selvittäminen auttaa perhettä jaksamaan surun keskellä. Samalla kun tuetaan lapsia ja nuoria, tuettaisiin myös perheen vanhempia. (Hiltunen 2016, 78–79.)

Työnantajan olisi muistettava pitää huoli työntekijöistään ja heidän jaksamisestaan sekä tukea ja kannustaa ammatillisen osaamisen kehittämistä. Säännölliset työhöjaukset, työterveyshuollon palvelut sekä purkutilanteet tukevat työssä jaksamista. Toimintayksikköjen täytyisi luoda omat toimintasuunnitelmat lasten ja nuorten ollessa lähiomaisia kuolevalle potilaalle. Lapset puheeksi -menetelmäkoulutus auttaisi työntekijöitä kohtaamaan

perheitä. (Hiltunen 2016, 79.) Menetelmä auttaa tuomaan selkeämmin esille perheen tuen tarpeen, sekä vähentää perheen kohtaamiseen liittyvää jännitystä ja ennakoimattomuutta. Menetelmän päämääränä on lapsen ja nuoren hyvinvoinnin ja kehityksen tukeminen sekä sosiaalisen ja tunne-elämän häiriöiden ehkäiseminen yhdessä kodin, päivähoidon, koulun ja palveluverkoston kanssa. Lapset puheeksi – keskustelussa pyritään rakentamaan tukeva arkipäivä lapselle ja nuorelle kotona sekä muissa kodin ulkopuolisissa ympäristöissä. Tavoitteena on tehdä yhdessä suunnitelmaa siitä, miten saadaan rakennettua lapselle tai nuorelle toimiva arkipäivä perheen vahvuuksien ja mahdollisten tukikeinojen avulla. Koulutuksesta on todettu olevan selvää hyötyä ja tulokset näkyvät työssä, kun tiedetään paremmin, kuinka perheet voivat ja miten lasten tulevaisuus hahmottuu. Perheiden auttaminen vahvistaa myös työntekijöitä ja koko työyhteisöä. (Niemelä 2015; Tuukkanen 2016.)

Osastoilla jokaisen hoitajan ei kuitenkaan tarvitse olla perehtynyt syvällisesti surun käsittelyyn. Tämän vuoksi olisi hyvä olla oma vastuuhenkilö, joka voisi tukea ja ohjata perhettä, jos perheenjäsen on vakavasti sairas ja kuolemassa. Vastuuhenkilöllä olisi uusien tietojen tukemisen keinoista sekä tieto paikkakunnalla toimivista kolmannen sektorin toimijoista ja muista auttavista tahoista. Verkostoituminen yli organisaatiorajojen madaltaisi kynnystä yhteydenottoihin, jolloin perhettä voitaisiin tukea kokonaisvaltaisesti. (Hiltunen 2016, 79.)

“

Terveystuolissa tarvittaisiin yhteiset linjaukset siitä, kuinka toimia, kun vakavasti sairastuneella potilaalla on lähiomaisena lapsia tai nuoria.

Lähteet

Birgisdóttir, D. 2015. Your poster in EAPC / Request of information?. Email HennaRiikka.Hiltunen@edu.karelia.fi 17.–18.11.2015.

Birgisdóttir, D., Bylund-Grenklo, T., Nyberg, T., Kreicbergs, U., Steineck, G. & Fürst, C.J. 2014. Family cohesion after losing a parent to cancer as a teenager and long term health and wellbeing. The Institute for Palliative Care. Lund: Lund University. <http://www.stockholmsjukhem.se/Documents/Family%20cohesion%20after%20losing%20a%20parent%20to%20cancer%20-%20Dr%C3%B6fn%20Birgisd%C3%B3ttir.pdf>. 18.11.2015.

Bylund-Grenklo, T. 2013. Teenagers losing a parent to cancer: experiences, modifiable risk-factors and long-term outcome. Department of oncology and pathology, clinical cancer epidemiology. Karolinska Institutet. Stockholm: Eprint. https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/41663/Thesis_%20Tove_Bylund_Grenklo.pdf?sequence=1. 18.11.2015.

Eho, S. 2008. Nuori, sairaus ja kuolema. Teoksessa Pruukki, H. [toim.]. Nuorten sielunhoidon käsikirja. Helsinki: LK-kirjat / Lasten Keskus Oy. 219–231.

Gothöni, R. 2014. Auttava kohtaaminen II. Sielunhoidon menetelmät ja käytäntö. Helsinki: Kirjapaja.

Hammarlund, C.-O. 2010. Kriisikeskustelu. Kriisituki, jälkipuinti, stressin ja konfliktien käsittely. Helsinki: Tietosatama Oy.

Hiltunen, H-R. 2016. Hoitohenkilökunnan osaamisen kehittäminen lapsen ja nuoren surun tukijana asiantuntijayhteistyön avulla. Karelia-ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Hogan, N. 2013. Surevan lapsen ja nuoren auttaminen. Teoksessa Hänninen, J. & Luomala, M. Elämän puu. Kirjoituksia saattohoidosta [toim.]. Helsinki: Terho-säätiö, Kustannusosakeyhtiö Otava. 152–162

Holmberg, T. 2003. Leikkiin on kirjoitettu lapsen surun sanat. Teoksessa Erkkilä, J, Holmberg, T, Niemelä, S. & Ylönen, H. Surevan lapsen kanssa. Helsinki: SMS-tuotanto Oy. 59–97.

Hållfast, M., Kivinen, M., Sipola, V., Hammari, V.-M., Wright, V. & Stainers, A. 2009. Minä kuolen, apua. Miten kohdata kuoleva potilas ja hänen omaisensa. Helsingin seurakuntayhtymä. [http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/D9D1164E7920B6EDC225773D0029FA41/\\$FILE/Mina_kuol_en_apua-opas.pdf](http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/D9D1164E7920B6EDC225773D0029FA41/$FILE/Mina_kuol_en_apua-opas.pdf) . 1.12.2014.

Kinanen, M. 2009. Surusäkki. Vertaisryhmätyöskentelyä lasten sururyhmille. Helsinki: Lasten keskus / Lk-kirjat.

Kübler-Ross, E. & Kessler, D. 2006. Suru ja surutyö. Helsinki: Basam Books Oy.

Mannerheimin lastensuojeluliitto. 2014. Läheisen suru. http://www.mll.fi/vanhempainnetti/kipupisteita/perheen_kriisit_ja_muutokset/laheisen_kuolema/--print? . 30.11.2014.

Mattila, K.-P. 2011. Lapsen vahvistava kohtaaminen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Niemelä, M. 2012. Sturctured child centred interventions to support families with a parent suffering from cancer. From practice-based evidence towards evidence-based. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Tampere: Juvenes Print. <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514298981/isbn9789514298981.pdf>. 4.12.2015.

Niemelä, M. 2015. Typografia. Kuopio, 3.12.2015, Kuopion yliopistollinen sairaala. Hyvä kuolema – saattohoitoseminaari.

Osborn, T. 2007. The psychosocial impact of parental cancer on children and adolescents: a systematic review. Psycho-Oncology 16: 101–126.

Piitulainen, R. & Väyrynen, K. 2014. Saattohoidon haasteet ja mahdollisuudet – pintaa syvemmältä -koulutus. Benchmarking-matka Tampereelle 23.– 24.10.2014.

Pojjula, S. 2016. Lapsi ja kriisi. Selviytymisen tukeminen. Helsinki: Kirjapaja.

Schmitt, F. 2008. Kuolevan potilas ja perhe. Teoksessa Gronlund, E., Anttonen, M.S., Lehtomäki, S. & Agge, E. [toim.]. Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 59–69.

Schmitt, F. 2015a. Lapsen suru. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. [toim.]. Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 294–296.

Schmitt, F. 2015b. Vanhemman sairauden vaikutus lapsiin. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. [toim.]. Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 287–288.

Speck, P. 2010. Brief interventions in critical care environments. Teoksessa Monroe, B. & Kraus, F. Brief Interventions with Bereaved Children. New York: Oxford University Press. 183–193.

Suomen mielenterveysseura. 2004. Yhdessä suru on helpompi kantaa. Opas lasten ja nuorten sururyhmien ohjaajille. Tuettu suru -projekti. Helsinki: SMSTuotanto Oy.

Turner, M. & Bailey, E. 2004. Someone Very Important Has Just Died: Immediate Help for People Caring for Children of All Ages at the Time of a Close Bereavement. London: BBR: Jessica Kingsley Publisher. <http://site.ebrary.com/tietopalvelu.karelia.fi/lib/pkamk/detail.action?docID=10196754>. 27.1.2016.

Tuukkanen, E. 2016. Sairaanhoitaja, perheterapeutti. Terhokoti. Haastattelu 13.1.2016.

Uittomäki, S., Mynttinen, S. & Laimio, A. 2011. Miten tukea lasta, kun lähiomainen on kuollut? Opas läheisille sekä lasten ja nuorten parissa työskenteleville. Tampere: Kopijyvä Oy.

Vilén, M., Vihunen, R., Vartiainen, J., Sívén, T., Neuvonen, S. & Kurvinen, A. 2013 Lapsuus erityinen elämänvaihe. Helsinki: Sanoma Pro Oy.



Lääkehoitosuunnitelma Lieksan varhaiskasvatuksessa

MIRA KOIVULA, SAIRAANHOITAJA (AMK)
RIINA KURKI, SAIRAANHOITAJA (AMK)
RAIJA LATVALA, LEHTORI,
KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
TARJA RUOKONEN, LEHTORI,
KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä on laatinut vuonna 2006 oppaan julkisten sekä yksityisten sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden lääkehoidon toteuttamisesta. Turvallinen lääkehoito -oppaan tehtävä on yhtenäistää, selkeyttää sekä määrittää vähimmäisvaatimukset lääkehoidon toteutuksesta toimintayksiköissä. Varhaiskasvatuksen alla olevat päivähoito ja esiopetus kuuluvat lääkehoitoa toteuttavaan epätyypilliseen alueeseen, joihin myös vaaditaan lääkehoitosuunnitelma turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi. Lääkehoitoa toteuttava epätyypillinen alue määritellään oppaassa alueeksi, jonka perustehtävään lääkehoidon toteuttaminen ei kuulu. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 3, 11, 17.) Turvallinen lääkehoito-opas on päivitetty Terveys- ja hyvinvoinninlaitoksen työryhmän toimesta vuonna 2015. Uudistetun oppaan tarkoituksena on antaa ohjeistusta ja tukea lääkehoitosuunnitelman tekemisessä

lääkehoitoa toteuttaville yksiköille. (Inkinen, Volmanen & Haikonen 2015, 10.)

Tämä artikkeli pohjautuu Koivulan & Kurjen (2016) Karelia-ammattikorkeakoulussa toteuttamaan, sairaanhoitajaopintoihin kuuluvaan opinnäytetyöhön. Opinnäytetyön tarkoituksena oli ohjeistaa Lieksan kaupungin varhaiskasvatuksen henkilöstölle lasten yleisimpien pitkäaikaissairauksien turvallisen lääkehoidon toteuttaminen päivähoiton ja esiopetuksen aikana. Ohjeistuksella selvennettiin varhaiskasvatuksen henkilöstön vastuuta ja luotiin turvaa, sekä annettiin lisätietoa lasten pitkäaikaisen lääkityksen ja lyhytaikaisen lääkityksen toteuttamisesta. Opinnäytetyön tehtävänä oli laatia yleinen lääkehoitosuunnitelma Lieksan kaupungin varhaiskasvatukseen ja lisäksi tehtävänä oli järjestää koulutustilaisuus päivähoiton ja esiopetuksen henkilöstölle lasten tyypillisimpien pitkäaikaissairauksien lääkehoidon toteutuksesta

päivähoidon tai esiopetuksen aikana. Koulutuksessa käsiteltiin lasten yleisimpien pitkäaikaissairauksien lääkehoitotavat. Toimeksianto opinnäytetyöstä tuli Lieksan kaupungin varhaiskasvatuksen aluejohtajilta.

Lääkehoitosuunnitelma varhaiskasvatuksessa

Varhaiskasvatukseen kuuluu päivähoito, jota toteutetaan päiväkodeissa ja perhepäivähoidossa. Varhaiskasvatukseen kuuluvat myös kerho- ja leikkitoiminta sekä peruskoulun aloitusta edeltävä esiopetus. Varhaiskasvatuksen tavoitteena on tukea lapsen kasvua, kehitystä ja oppimista sekä edistää hyvinvointia kasvatuksen, opetuksen ja hoidon avulla. Varhaiskasvatuksen suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta sekä lainsäädännön valmistelusta vastaa Opetus- ja kulttuuriministeriö. Jokaisella alle kouluikäisellä lapsella on oikeus varhaiskasvatukseen. Lapsen huoltajat päättävät osallistuuko lapsi varhaiskasvatukseen. (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2017a, Opetus- ja kulttuuriministeriö 2017b.) Oppivelvollisuutta edeltävänä vuonna lapsen on osallistuttava perusopetuslain mukaan vuoden kestävään esiopetukseen tai muuhun esiopetuksen tavoitteet saavuttavaan toimintaan (Opetushallitus 2017a, Perusopetuslaki 628/1998). Kunnan vastuulla on varhaiskasvatuksen ja esiopetuksen järjestäminen ja kunnan on osoitettava jokaiselle lapselle esiopetuspaikka koulusta, päivähoidosta tai muusta soveltuvasta paikasta (Opetushallitus 2017b).



Lääkehoitosuunnitelma parantaa lääkehoidon toteuttamisen turvallisuutta sekä laadun varmistamista, lisäksi suunnitelma on keskeinen osa lääkehoitoa toteuttavien henkilöiden perehdyttämistä.

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä laati Turvallinen lääkehoito -oppaan vuonna 2006. Opas on ohjannut lääkehoidon käytäntöjä julkisissa ja yksityisissä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä sekä muissa lääkehoitoa toteuttavissa yksiköissä. Terveyden- ja hyvinvointilaitoksen päivittämän oppaan, ”Turvallinen lääkehoito, Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa”, tavoitteena on yhtenäistää lääkehoidon toteuttamisen periaatteita, selkeyttää vastuunjakoja lääkehoidon toteuttamisessa sekä määrittää vähimmäisvaatimukset kaikkiin lääkehoitoa toteuttaviin yksiköihin mukaan lukien varhaiskasvatus. (Inkinen ym. 2015, 3.)

Lääkehoitosuunnitelma parantaa lääkehoidon toteuttamisen turvallisuutta sekä laadun varmistamista, lisäksi suunnitelma on keskeinen osa lääkehoitoa toteuttavien henkilöiden perehdyttämistä (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2016). Lääkehoitosuunnitelmien vaikutus lääkitysturvallisuuteen on ollut positiivista. Lääkehoidon toimintaohjeet ovat selkeytyneet sekä toimintatavat yhtenäistyneet lääkehoitosuunnitelman myötä. Lääkehoitosuunnitelman laadinnalla on ollut myös positiivinen vaikutus lääkehoidon koulutuksen lisääntymiseen, perehdytykseen, poikkeamien kirjaamiseen sekä vastuun ja työnjaon selkeytymiseen. (Hitonen 2013, 91.)

Kaikilla lääkehoitoa toteuttavilla yksiköillä tulee olla oma lääkehoitosuunnitelma. Toiminta- tai työyksikön lääkehoidon toteuttaminen tulisi perustua laadittuun lääkehoitosuunnitelmaan, joka sisältää yksikön lääkehoidon suunnittelun, toteutuksen sekä poikkeamien seurannan ja raportoinnin. (Inkinen ym. 2015, 3-4,10.) Lääkehoitosuunnitelman tulee myös soveltua omaan työyksikköön sekä sen lääkehoidon riskeihin. Se on keskeinen osa lääkehoidon laadun ja turvallisuuden varmistamista sekä lääkehoitoon osallistuvien henkilöiden perehdytystä. (Inkinen ym. 2015, 14.)

Turvallinen lääkehoito -opas ohjeistaa, että lääkehoitosuunnitelmassa tulevat esille seuraavat säädöspohjaan perustuvat asiat: lääkehoidossa esiintyvien riskien tunnistaminen ja riskeihin varautuminen, perehdytys turvalliseen lääkehoitoon, henkilökunnan vastuu, velvollisuus ja työnjako, lääkehoidon toteuttaminen opiskelijana, lääkehuollon ja lääkehoidon toteutus, lääkehoitoon liittyvien vaaratapahtumien toimintaohje, potilaan sekä hänen omaisten ohjaaminen ja neuvonta, lääkehoitoon liittyvien asioiden dokumentointi sekä tiedonkulku, lääkehoidon seuranta- sekä palautejärjestelmä. Lääkehoitosuunnitel-

massa tulee lisäksi kuvata lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön osaamisvaatimukset, osaamisen varmistaminen ja ylläpito sekä arviointi lääkehoidon vaikuttavuudesta. (Inkinen ym. 2015, 12.) Lääkehoidon toteuttaminen perustuu lakiin terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Lääkehoitoa toteuttaessaan työntekijä vastaa omasta toiminnastaan lääkemääräykseen perustuen ja ammatillisen koulutuksensa, vastuualueensa sekä työyksikön lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. Varhaiskasvatuksessa työskentelee lähihoitajia (ml. lastenhoitajia), jotka ovat nimikesuojattuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Heidän ammatillinen koulutuksensa on antanut valmiudet lääkehoidon toteuttamiseen. Tämän takia lähihoitajat ovat varhaiskasvatuksessa niitä työntekijöitä, joiden tulisi toteuttaa koulutuksensa perusteella lääkärin lapselle määräämä lääkehoito. Pelkän lääkehoidon toteuttamisen lisäksi henkilöstön on ymmärrettävä lääkehoidon merkitys osana hoidon kokonaisuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.) Terveysalalle kouluttamattomalla ei ole velvoitetta lääkehoidon toteuttamiseen (Super 2017).

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut lapsen lääkehoidon toteutuksesta varhaiskasvatuksessa myös oman erillisen ohjeensa. Lapsikohtainen lääkehoitosuunnitelma laaditaan päivähoidossa yhteistyössä lapsen vanhempien, päivähoitoyksikön johdon, lapsen hoidosta vastaavan lääkärin ja lääkehoitoa toteuttavan päivähoidon henkilöstön kanssa. Sovitut asiat tulee kirjata osaksi lapsen varhaiskasvatussuunnitelmaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.) Lääkehoitosuunnitelman avulla voidaan varautua tilanteeseen, kun päivähoitoon tulee lääkehoitoa tarvitseva lapsi.

Jos lapsella on jokin pitkäaikainen sairaus, joka vaatii lääkehoitoa päiväkotitai perhepäivähoitopäivän aikana, lapselle laaditaan lääkehoitosuunnitelma osana lapsen varhaiskasvatussuunnitelmaa. (Opetushallitus 2017c.) Jos päivähoidossa on erityisen hoidon ja kasvatuksen tarpeessa oleva lapsi tai lapsia, eikä päiväkodissa ole heitä varten erityistä avustajaa, on asia otettava huomioon varhaiskasvatuksen resursoinnissa eli lasten tai hoito- ja kasvatustehtävään osallistuvien henkilöiden lukumäärässä (Asetus lasten päivähoidosta 239/1973) Tällöin on myös varmistettava, että lääkehoidon osaavaa henkilöstöä on saatavilla koko päivähoidon toiminta-ajan. Lääkehoitosuunnitelma antaa yhtenäisen toimintamallin näiden tilanteiden varalle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 4.)

Lääkehoitosuunnitelma suositellaan tarkastettavaksi vähintään vuoden välein, vastuu lääkehoitosuunnitel-



Pelkän lääkehoidon toteuttamisen lisäksi henkilöstön on ymmärrettävä lääkehoidon merkitys osana hoidon kokonaisuutta.

man päivittämisestä on työyksikön esimiehillä. (Inkinen ym. 2015, 13-14.) Päivähoidossa lääkehoitosuunnitelman laatiminen ja sen päivittäminen on päivähoidon johdon vastuulla.

Tehy ja Suomen Lastenhoitoalan Liitto ovat laatineet mallin päivähoidon lääkehoitosuunnitelmasta Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeiden mukaisesti. Päivähoidon lääkehoitosuunnitelmaan tulee sisällyttää mm. päivähoidon lääkehoitokäytänteet, lääkkeenannon lupakäytänteet, lääkehuollon järjestäminen päivähoidossa ja lääkehoidon toteutus kokonaisuudessaan sekä päivähoidon seuranta- ja palautejärjestelmä. Malli antaa selkeät ohjeet lääkehoitosuunnitelman sisällöstä ja mallin mukaan jokaisen päivähoidon yksikön on helppo soveltaa lääkehoitosuunnitelmaa omiin tarpeisiin ja käytäntöihin. (Suomen Lastenhoitoalan Liitto 2017.)

Yleisenä käytäntönä päivähoidossa on, ettei lapselle anneta hoitopäivän aikana kuin välttämättömät lääkkeet. Kun päivähoitoon tulee säännöllistä päivähoidon aikana lääkehoitoa tarvitseva lapsi, lääkehoidon toteuttamisesta sovitaan asianmukaisesti. Terveydenhuollolla on pitkäaikaissairaana lapsen koordinoituvastuu. Lääkehoitoon liittyvät asiat kirjataan lapsen yksilölliseen lääkehoitosuunnitelmaan, joka liitetään lapsen varhaiskasvatussuunnitelmaan. (Inkinen ym. 2015, 65.)

Lyhytaikaisessa lääkityksessä käytetään lyhytaikaisen lääkehoidon lomaketta. Tällaisessa tapauksessa vanhemmat tuovat lääkkeet päivähoitoon ja täyttävät asianmukaisesti lomakkeen, jonka mukaan päivähoidon henkilöstö voi lääkehoitoa toteuttaa. Myös lyhytaikaisen lääkehoidon lomakkeeseen merkitään, kuka päivähoidon henkilöstöstä on lääkehoidon toteuttamisesta vastuussa. (Inkinen ym. 2015, 66.)



Kuva: Mats Eriksson. CC BY 2.0

Lääkehoitosuunnitelman laatiminen Lieksan varhaiskasvatuksessa

Lieksan kaupungissa varhaiskasvatusta toteutetaan päiväkodeissa, ryhmäperhepäivähoidoissa, perhepäivähoidoissa sekä yksityisessä päivähoidossa. Päivähoidon lisäksi keskustassa olevan koulun yhteydessä on yksi päivähoidon alainen esikouluryhmä. (Halonen & Heikkinen 2016). Lieksan kaupungin päivähoidossa noudatetaan kaupungin päivähoidon varhaiskasvatussuunnitelmaa, Lapsen varhaiskasvatussuunnitelmaa sekä esiopetuksessa kaupungin esiopetussuunnitelmaa (Lieksan kaupunki 2017). Henkilöstömäärä päivähoidossa on 65–70 henkilöä. Päivähoidossa työskentelevien henkilöiden ammattinimikkeitä ovat lastentarhanopettaja, sosionomi, lastenhoitaja, lähihoitaja, perhepäivähoidon ammattitutkinnon

pätevyys, perhepäivähoidon kurssin pätevyys ja päivähoitaja. (Halonen & Heikkinen 2016.)

Lieksan kaupunkiin laadittiin opinnäytetyön toiminnallisena osana edellä mainittuun teorialtioon perustuen varhaiskasvatuksen lääkehoitosuunnitelma sekä sen käyttöön ottoa tukeva lääkehoitokoulutus.

Opinnäytetyö käynnistyi opiskelijoiden omasta kiinnostuksesta nimenomaan päiväkotii-ikäisiin lapsiin liittyvää aihetta kohtaan. He ottivat yhteyttä Lieksan kaupungin päivähoidon aluejohtajiin tiedustellakseen tarvetta tälle aihealueelle. Opiskelijat saivatkin lääkehoitosuunnitelmaa koskevan toimeksiannon, koska Lieksan kaupungin varhaiskasvatuksesta puuttui lääkehoitosuunnitelma.

Toimeksiantoon kuului lääkehoitosuunnitelman laatimisen lisäksi myös koulutus henkilökunnalle suunnitelman käyttöön ottamista varten.

Lääkehoitosuunnitelman laatimisvaiheessa opinnäytetyöntekijät hyödynsivät päivähoidon aluejohtajien asiantuntemusta Lieksan päivähoidon varhaiskasvatuksen nykyisestä tilanteesta, lasten pitkäaikaissairauksien esiintyvyydestä ja hoitohenkilökunnan koulutustaustasta. Muutoin lääkehoitotyön suunnitelmassa käytettiin valtakunnallista ohjeistusta, Suomen Lastenhoitoalan liiton mallia sekä eri kaupunkien valmiita lääkehoitosuunnitelmia.

Lääkehoitosuunnitelman sisällön tarkastivat päivähoidon aluejohtajat. Suunnitelman valmisteluvaiheessa päivähoidon aluejohtajat ehdottivat tarpeelliseksi näkemää muutoksia lääkehoitosuunnitelman sisältöön. Opinnäytetyöntekijät tekivät lääkehoitosuunnitelmaan ehdotetut muutokset ja päivähoidon aluejohtajien hyväksynnän jälkeen työ lähetettiin Lieksan kaupungin lastenneuvolan lääkärille tarkastettavaksi. Opinnäytetyöhön liittyvän Pitkäaikaissairaalan lapsen lääkehoito-koulutuksen sisältö lähetettiin myös kyseisen lääkärin tarkastettavaksi. Valmis, tarkastettu lääkehoitosuunnitelma esitettiin päivähoidon ja esiopetuksen henkilöstölle 31.8.2016. Samassa tilaisuudessa toteutettiin yleisimpien pitkäaikaissairauksien lääkehoito-koulutus, jossa käsiteltiin myös erilaiset lääkkeenantotavat. (Koivula & Kurki 2016, 36)

Lieksan kaupungin varhaiskasvatus – ja koulutuslautakunta käsitteli lääkehoitosuunnitelman 1.2.2017 kokouksessaan ja merkitsi sen tiedoksi ja käytännön toiminnan ohjeeksi. (Lieksan kaupunki 2017b)

Lopuksi

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaasta huolimatta jokainen kunta ei ole vielä laatinut lääkehoitosuunnitelmaa varhaiskasvatuksen toiminta-alueelle. Opinnäytetyön toimeksiannoksi lääkehoitosuunnitelman laadinta oli erinomainen aihe ja palveli monipuolisesti sekä opinnäytetyöntekijöitä että toimeksiantajaa. Yhteistyö toimeksiantajan kanssa oli arvokasta ja auttoi paljon prosessin etenemisessä. Tuotoksen tarpeellisuus motivoi sen tekemistä, mutta myös omalta osaltaan kuormitti opinnäytetyön tekijöitä. Tuotos on konkreettinen työväline Lieksan kaupungin varhaiskasvatuksen henkilöstölle. Tuotoksen laadulla ja käytettävyydellä on ollut opinnäytetyöntekijöille suuri merkitys. Palaute sekä lääkehoito-

suunnitelmasta että pidetystä Pitkäaikaissairaalan lapsen lääkehoito-koulutuksesta oli kannustavaa ja positiivista. Opinnäytetyön tuotoksena syntynyt lääkehoitosuunnitelma on hyödynnettävissä myös muiden kuntien varhaiskasvatuksen käyttöön. Toki lääkehoitoon liittyvät ohjeet tulee aina sovittaa oman kunnan toimintaan soveltuvaksi. Turvallinen lääkehoito edellyttää aina yksikkökohtaisesti tarkennettuja vastuumäärittelyjä.

Sairaanhoitajien eettisten ohjeiden mukaisesti sairaanhoitaja vastaa oman alansa asiantuntijuudesta. Sairaanhoitajien asiantuntijuuden kasvun tulisi näkyä väestön hyvän olon edistymisenä. Opinnäytetyön kautta sairaanhoitajaopiskelijat ottivat vastuuta oman ammatilansa yhdestä keskeisestä osaamisalueesta, lääkähoidosta. Opiskelijat tuottivat Lieksan kaupungin varhaiskasvatukseen lääkehoitosuunnitelman, joka toimii konkreettisenä työvälineenä ohjaamaan oikein toteutettua lääkehoitoa ja siten edistämään lasten hyvää oloa ja hyvinvointia.

“

**Sosiaali- ja
terveysministeriön
oppaasta huolimatta
jokainen kunta ei
ole vielä laatinut
lääkehoitosuunnitelmaa
varhaiskasvatuksen
toiminta-alueelle.**

Lähteet

Asetus lasten päivähoidosta 239/1973. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1973/19730239> 16.3.1973.

Halonen, M. & Heikkinen, E. 2016. Lieksan kaupungin päivähoidon aluejohtajat. Opinnäytetyö palaveri. 4.2.2016.

Hitonen, H. 2013. Lääkehoitosuunnitelmat lääketurvallisuus-työkaluna. Pro gradu-tutkielma. Helsingin yliopisto. Farmasian tiedekunta. Sosiaali- ja farmasian osasto. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/40060>

Inkinen, Volmanen & Haikonen (toim.) 2015. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveyden ja Hyvinvoinninlaitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-577-6>

Koivula, M & Kurki, R. 2016 Lapsen lääkehoidon toteuttaminen varhaiskasvatuksessa –Lääkehoitosuunnitelma ja koulutus Lieksassa. Opinnäytetyö. Karelia-ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201701131342>

Lieksan kaupunki. 2017a. Päivähoitopalvelut. <http://www.lieksa.fi/paivahoito>

Lieksan kaupunki, 2017b. Varhaiskasvatus- ja koulutuslautakunta. Lieksan kaupungin varhaiskasvatuksen lääkehoitosuunnitelma. <http://webdynasty.pohjoiskarjala.net/dynasty/lieksa/kokous/20171970-4.PDF>

Opetushallitus. 2017a. Esiopetus. http://www.oph.fi/koulutus_ja_tutkinnot/esiopetus

Opetushallitus. 2017b. Esiopetuksen järjestäminen. http://www.oph.fi/koulutus_ja_tutkinnot/esiopetus/esiopetuksen_jarjestaminen

Opetushallitus.2017c. Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet. http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/opetussuunnitelmien_ja_tutkintojen_perusteet/varhaiskasvatus/perusteet

Opetus- ja kulttuuriministeriö. 2017a. Varhaiskasvatus.<http://minedu.fi/varhaiskasvatus>

Opetus- ja kulttuuriministeriö. 2017b. Varhaiskasvatuspalvelut. <http://minedu.fi/varhaiskasvatuspalvelut>

Perusopetuslaki 628/1998. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19980628>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Opas 2005:32. <http://julkaisut.valtio-neuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71944/Opp200532-vanhentunutleima.pdf?sequence=1>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Pitkääikaissairaiden lasten lääkehoidon turvallinen toteuttaminen lasten päivähoidossa. http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/trygg-lakemedelsbehandling-av-langtidssjuka-barn-inom-barndagvarden

Suomen Lastenhoitoalan Liitto. 2017. Lääkehoito. https://www.slal.fi/index.php?k=107635&hakustr=l%E4%kehoito#a_107635

Super 2017. Lääkehoito varhaiskasvatuksessa. https://www.superliitto.fi/site/assets/files/4599/laakehoito_varhaiskasvatuksessa_11_2016_web.pdf



Kuva: Loren Kerns. CC BY 2.0

Lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen yhteispäivystyksessä

PETRA ERONEN, SAIRAANHOITAJA (AMK), YAMK-OPISKELIJA
MIRA KETTUNEN, SAIRAANHOITAJA (AMK), YAMK-OPISKELIJA
ARJA-IRENE TIAINEN, YLIOPETTAJA,
KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Helsingin Sanomat (29.5.2016, A14) raportoi 11 kuukauden ikäisen lapsen isästä, jonka lapsensa kohdistaman ravistelun seurauksena lapselle aiheutui vakava aivovamma ja lapsen näkökyky aleni ravistelun seurauksena pysyvästi. Tämä on yksi esimerkki lapsiin kohdistuvasta kaltoinkohtelusta.. Sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöillä on mahdollisuus tunnistaa ja puuttua kaltoinkohteluun, mutta se ei kuitenkaan ole aina helppoa. Päivystyspoliklinikoilla kohdataan paljon erilaisista akuuteista vaivoista kärsiviä lapsiperheitä. Kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen on haastavaa erityisesti akuutissa tilanteessa ja siihen tarvitaan ohjeistusta ja työkaluja.

Tässä artikkelissa kuvataan sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen ylemmässä ammattikorkeakoulututkinnossa toteutettua lasten kaltoinkohteluun liittyvää opinnäytetyötä ja sen tuloksena syntyneitä mal-

lia kaltoin kohdellun lapsen tunnistamiseksi Siun Sote – Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän Yhteispäivystyksessä.

Lasten kaltoinkohtelun eri muodot

Lapsen kaltoinkohtelulla tarkoitetaan alle 18-vuotiaan fyysistä tai psyykkistä kaltoinkohtelua tai hoidon laiminlyöntiä. Lapsen kaltoinkohtelu sisältää myös väkivallan todistamisen perheen sisällä. (Paavilainen & Flinck 2017, 1-2.) Kaltoinkohtelua voidaan kuvata suorana tai epäsuorana, se voi vaihdella kestoaltaan, vakavuudeltaan ja keinoiltaan. Suoralla kaltoinkohtelulla tarkoitetaan lapseen kohdistuvaa ja epäsuoralla esimerkiksi perheessä tapahtuvan väkivallan näkemistä. (Lasten kaltoinkohtelun tunnistamisen tehokkaat menetelmät sosiaali- ja terveydenhuollossa: Hoitotyön suositus, 2015.)

Lapsen laiminlyönnin eri muodot

Lasten kaltoinkohtelun muodoista laiminlyönnin katsotaan olevan tavallisimmin esiintyvä muoto, mutta sen määrittäminen on haastavampaa kuin fyysisen pahoinpitelyn ja seksuaalisen hyväksikäytön kohdalla. Laiminlyöty lapsi ei välttämättä oireile siten, että viranomaiset havahtuisivat tulkitsemaan tilannetta hälyttäväksi varhaisen puuttumisen näkökulmasta. (Söderholm & Politi 2012, 76-77.)

Lapsen laiminlyönnillä tarkoitetaan tilannetta, jossa lapsen perustarpeista tai turvallisuudesta ei pystystä huolehtimaan ja lapsen fyysinen sekä psyykinen hyvinvointi on vaarassa. Laiminlyönti voi vaihdella tyypiltään, vakavuudeltaan ja kestoltaan. (Paavilainen & Flinck 2017, 1-2.) Perustarpeiden katsotaan olevan rakkaus, hoiva ja hoito, kunnioitus ja hyväksyntä, nähdyksi ja kuulluksi tuleminen, iänmukaisten virikkeiden saaminen, turva ja suojele, terveydenhoito hammashoitoiin sekä koulutus. Perustarpeisiin vastaamisen laiminlyöminen vaarantaa lapsen terveen ja normaalin kasvun ja kehityksen. (Söderholm & Politi 2012, 79; Sittig 2009, 11).

Goodman ja Scott (2005, 172-173) luokittelevat laiminlyönnin viiteen luokkaan. Fyysisen huolenpidon puute sisältää esimerkiksi aliravitsemuksen, toistuvat infektiot, epäsiistin ja likaisen vaikutelman ulkonäön sekä likaisen ja sekavan elinympäristön. Lääketieteellisen huolenpidon puute koostuu huoltajan välinpitämättömyydestä ja kyvyttömyydestä toimittaa lapsi asianmukaisesti hoitoon lapsen sairastuessa tai joutuessa onnettomuuteen. Laiminlyönti arkirutiineissa, säännöissä ja valvonnassa johtaa usein haastaviin tilanteisiin lapsen sopeutumisessa sosiaaliin normeihin ja esimerkiksi koulun sääntöihin. Emotionaalisen lämmön ja läsnäolon puute heijastuu lapsen kykyyn muodostaa läheisiä ihmissuhteita. Viidentenä kohtana on puute kognitiivisen stimulaation ja rohkaisevan sekä kehittävän ajanvietteen tarjoamisessa.

Lapseen kohdistuva fyysinen pahoinpitely

Fyysisellä pahoinpitelyllä tarkoitetaan lapsen kohdistuvaa ruumiillista väkivaltaa, mistä aiheutuu kipua ja joka vahingoittaa terveyttä. Fyysisellä väkivallalla voidaan tarkoittaa esimerkiksi lyömistä, potkimista, ravistelua, polttamista tai lapsen huumaamista kemiallisesti. (Tupola, Kivitie-Kallio, Kallio & Söderholm 2012, 100.) Fyysisen pahoinpitelyn jäljet ovat yleensä tarkkarajaisia,

“

Lapsen laiminlyönnillä tarkoitetaan tilannetta, jossa lapsen perustarpeista tai turvallisuudesta ei pystystä huolehtimaan ja lapsen fyysinen sekä psyykinen hyvinvointi on vaarassa.

kuten esimerkiksi savukkeen, esineen tai nesteen aiheuttamat jäljet (Kallio 2010, 228).

Hoitotyön Tutkimussäätiön hoitotyön suosituksessa (2015) on fyysistä pahoinpitelyä kuvattu tekona, joka aiheuttaa lapselle fyysistä kipua tai vaikeuttaa lapsen fyysistä toimintakykyä. Seurauksina voi olla esimerkiksi ruhjeet, palovammat, murtumat ja sisäiset vammat. Fyysinen väkivalta voi johtaa jopa lapsen kuolemaan. (Lasten kaltoinkohtelun tunnistamisen tehokkaat menetelmät sosiaali- ja terveydenhuollossa: Hoitotyön suositus, 2015).

Fyysistä väkivaltaa epäiltäessä hyvin tärkeä kriteeri on lapsen ikä. Yleensä mitä nuoremmalla lapsella on murtumia, kallovamman tai mustelmia, sitä todennäköisemmin ne on aiheutettu tahallisesti. Kaikki imeväisten tai pikkulasten murtumat tulisi tutkia huolellisesti, koska lapsi joka ei vielä liiku ei pysty itseään satuttamaan. (Tupola ym. 2012, 101-103.)

Henkinen pahoinpitely

Henkinen pahoinpitely tarkoittaa esimerkiksi lapsen nöyryyttämistä, naurettavaksi tekemistä, mitätointiä, alistamista sekä terrorisointia. Henkinen pahoinpitely aiheuttaa henkistä uhkaa, koska lapsen hyvinvointi ja kehitys vaarantuvat. (Lasten kaltoinkohtelun tunnistamisen tehokkaat menetelmät sosiaali- ja terveydenhuollossa: Hoitotyön suositus, 2015.) Henkinen väkivalta käsittää psykologiset uhat, jolloin lapsen henkinen hyvinvointi ja kehitys ovat vaarassa. Fyysinen pahoinpitely tai fyysinen

“

Henkinen väkivalta vahingoittaa suuresti itsetuntoa ja omanarvontuntoa sekä aiheuttaa monesti masennusta.

rankaiseminen sisältävät yleensä myös henkisen väkivallan, koska lapsi joutuu silloin tilanteeseen missä hänen henkinen hyvinvointi ja turvallisuutensa ovat vaarassa. (Paavilainen & Flinck 2017, 1-2.)

Henkistä pahoinpitelyä ei aina mielletä varsinaiseksi väkivallaksi, koska se on eräänlaista piiloväkivaltaa. Henkinen pahoinpitely ei jätä ulkoisia tuntomerkkejä, joten sitä on vaikea tunnistaa. Henkinen väkivalta vahingoittaa suuresti itsetuntoa ja omanarvontuntoa sekä aiheuttaa monesti masennusta. Henkinen pahoinpitely liittyy usein perheväkivaltaan, työpaikka- ja koulukiusaamiseen, kaikkiin näihin tosin voi liittyä myös fyysistä väkivaltaa. (Suomen mielenterveysseura 2016.)

Lapseen kohdistuva seksuaalinen väkivalta

Lapseen kohdistuneella seksuaalisella hyväksikäytöllä tarkoitetaan lapsen kohdistunutta sopimatonta kosketelua sukuelinten alueelle, nuolemista tai lapsen suuhun tapahtuvaa seksuaalista toimintaa. Seksuaaliseen hyväksikäyttöön liittyy myös lapsen pakottaminen katsomaan aikuisten välistä seksuaalista toimintaa tai koskettelemaan aikuisen sukuelimiä. Lapsen altistaminen ikään kuulumattomalle seksuaaliselle toiminnalle ja kuvamateriaalille tai lapsen käyttäminen pornografisen materiaalin tuottamisessa käsitellään myös seksuaalisena hyväksikäyttönä. (Joki-Erkkilä, Jaarto & Sumia 2012, 132.)

On todettu, että lapsena koettu seksuaalinen hyväksikäyttö altistaa merkittävästi laaja-alaisesti lääketieteellisille-, psykologisille, käytös- sekä seksuaalisille häiriöille. Akuutissa tilanteessa epäiltäessä lapsen seksuaalista hyväksikäyttöä, tulisi lapsen havainnoinnissa ja tutkimisessa pitää mielessä mahdolliset psykologiset häiriöt tapahtuneesta johtuen. (Maniglio 2009, 647, 655-656.)

Ravisteluoireyhtymä

Vauvan ravisteluoireyhtymällä tarkoitetaan vammoja, oireita ja löydöksiä, joita voimakas ravistelu voi aiheuttaa lapselle. Yleensä ravistelun kohteena on alle 1-vuotias lapsi. Tavallisimmin ravistelun seurauksena ilmenee oksentelua, itkuisuutta, syömättömyyttä, tajunnantason häiriöitä, hengityskatkoja, jäykistelyä sekä kohtausoireita. Useinkaan ravistellulla lapsella ei ole ulkoisia vammoja. (Tupola ym. 2012, 104-105.)



Lyhyt ravistelukin voi aiheuttaa pienelle lapselle vaka-
via ja jopa ikuisia vammoja muun muassa aivojen, silmien
ja kaularangan alueelle. Ravistelusta aiheutuvat vammat
voivat löytyä vasta vuosien jälkeen satunnaislöydöksenä.
(Niskamaa 2005, 625-627.) Ravisteluoireyhtymän jälkei-
nen ennuste on huono, koska lapsista menehtyy ja vam-
mautuu noin kolmasosa. (Knaapi & Mäenpää 2005, 372).
Millerin yms. (2014) mukaan päähän kohdistuva väkivalta
ja ravisteluoireyhtymä ovat vakavia ja usein fyysiseen
vaurioon tai kuolemaan johtavia.

Lapsipotilas päivystyksessä

Lapsipotilaalla päivystyksessä tarkoitetaan 0–16(18) vuo-
tiaita lapsia. Lapsipotilaiden tyypillisimmät päivystyk-
selliset vaivat ovat infektiosairaudet, allergiat ja tapa-
turmat. Lastenhoitotyöhön kuuluu aina myös perheen
kohtaaminen, joten perhehoitotyön merkitys korostuu
myös päivystystilanteessa. (Knaapi & Mäenpää 2005,
361.) Asetuksessa 782/2014 säädetään alaikäisen potilaan
huomioimisesta päivystyksessä seuraava:

*”Alaikäinen potilas ja hänen perheensä on otettava
huomioon päivystyksessä ja hänen hoidon tarpeensa ar-
vioinnissa on oltava mukana lasten sairauksiin perehty-
nyt sairaanhoitaja tai muu laillistettu terveydenhuollon
ammattihenkilö. Kun alaikäistä potilasta hoidetaan päi-
vystyksessä, tilojen on oltava asianmukaiset siten, että
potilaan vanhemmat voivat osallistua hänen hoivaansa.
Hoidon toteuttamisessa on otettava huomioon alaikäisen
potilaan ikä ja kehitystaso.” (Sosiaali- ja terveysministeriön
asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen eri-
koisalakohtaisista edellytyksistä 782, 10§.)*

Päivystyksessä työskentely on haastavaa ja monialaista;
päivystysyksiköt palvelevat alueensa perusterveydenhuol-
toa, erikoissairaanhoitoa tai molempia. Päivystys on eri
erikoisalojen yhteinen toimintayksikkö ja sen tavoitteena
on tarjota kiireellistä hoitoa sitä tarvitseville ympäri vuo-
rokauden asuinpaikasta riippumatta. (Sosiaali- ja terveys-
ministeriö 2010, 20-25). Suomen perustuslain (1999/731
§19) mukaan jokaisella on oikeus välttämättömään huo-
lenpitoon. Sosiaali- ja terveysministeriön (2010, 25, 72-
73) mukaan välttämättömän huolenpidon piiriin luetaan-
kin ennen kaikkea lapset, ja pääsääntöisesti päivystys on
ainoa ympärivuorokauden auki oleva paikka, mistä apua
voi saada. Päivystyksellä on laaja yhteistyöverkosto, jonka
kanssa tehdään tiivistä yhteistyötä. Muun muassa so-

**Päivystyksellä on laaja
yhteistyöverkosto, jonka
kanssa tehdään tiivistä
yhteistyötä. Muun muassa
sosiaalitoimen koko kenttä
sekä eri viranomaistahot
ovat avainasemassa lapsi-
ja perhehoitotyössä, jos
tarvitaan asiantuntija-
apua esimerkiksi
lastensuojeluasioissa.**

siaalitoimen koko kenttä sekä eri viranomaistahot ovat
avainasemassa lapsi- ja perhehoitotyössä, jos tarvitaan
asiantuntija-apua esimerkiksi lastensuojeluasioissa.

Kaltoinkohdellun lapsen hoitoprosessin ja -käytännön yhdenmukaistaminen

Lapsen kaltoinkohtelun tunnistaminen on haastavaa eri-
tyisesti akuutissa tilanteessa ja sen avuksi tarvitaan oh-
jeistusta ja työkaluja tarvitaan myös päivystyksessä. Hoi-
totyön Tutkimussäätiö on laatinut hoitotyön suosituksen
lasten kaltoinkohtelun tunnistamisesta tutkimustietoon
ja näyttöön perustuen. Hoitotyön suosituksen tavoitteena
on koota tehokkaita menetelmiä lasten kaltoinkohtelun
tunnistamiseen uusimmasta tutkimusnäytöstä. Hoito-
työn suosituksen kohderyhmänä ovat sosiaali- ja tervey-
denhuollon ammattihenkilöt sekä muut lapsia ja lapsi-
perheitä hoitavat henkilöt. Näiden ammattihenkilöiden
tehtävänä on tunnistaa alle 18-vuotiaat lapset ja nuoret,
jotka ovat mahdollisesti kohdanneet kaltoinkohtelua sekä
perheet, joissa saattaa esiintyä lasten kaltoinkohtelua tai
kaltoinkohtelun riski on olemassa. (Lasten kaltoinkohte-
lun tunnistamisen tehokkaat menetelmät sosiaali- ja ter-
veydenhuollossa: Hoitotyön suositus, 2015).

Opinnäytetyössä kehitettiin kaltoinkohdellun lapsen
hoitoprosessia ja -käytäntöjä yhdenmukaisemmaksi ja
luotettavammaksi. Lähtökohtana oli taata saumaton hoi-
toprosessi kaltoin kohdellun lapsen poliklinikkakäynnillä
ja turvata sillä tasavertainen kohtelu kaikille Pohjois-Kar-
jalan maakunnan alueen lapsille ja heidän perheilleen.

Opinnäytetyön tehtävänä oli laatia ja jalkauttaa käy-
täntöön työohje lasten kaltoinkohtelun tunnistamisesta
ja siihen puuttumisesta yhteispäivystyksessä. Työohjeen
tukena käytettiin Hoitotyön tutkimussäätiön laatimaa
hoitosuosittelusta. Opinnäytetyössä laaditun työohjeen
suunnittelu tapahtui osallistavilla menetelmillä moniam-
matillisessa ryhmässä.

Työohjeen suunnittelun ensimmäisessä vaiheessa kar-
toitettiin päivystyksen koulutettujen Triage-hoitajien eli
hoidontarpeen arvioijien kanssa päivystyksen nykyistä
toimintatapaa ja ongelmakohtia lapsen kaltoinkohte-
lun tunnistamisesta ja siihen puuttumisesta. Kartoit-
usvaiheessa järjestettiin kaksi tapaamista, joihin kutsu-
ttiin paikalle yhteensä 12 päivystyksen Triage-hoitajaa,
kahteen erilliseen ryhmään jaettuna. Tapaamiset olivat
toiminnallisia ja niissä sovellettiin arvostavaa haastat-
telu- ja learning cafe-menetelmää. Tapaamisten jälkeen
ryhmien tuottama materiaali analysointiin laadullisen
tutkimuksen teemoittelun avulla ennen varsinaista asian-
tuntijaryhmän kokoontumista.

Toiseen vaiheeseen kutsuttiin kokoon kolme jäseninen
asiantuntijaryhmä, joka koostui pediatriasta, kirurgista
ja yhteispäivystyksen kliinisestä asiantuntijahoitajasta.
Asiantuntijaryhmän kanssa käytiin läpi Triage-hoitajilta
esille nousseita ongelmakohtia sekä tarpeita työohjeelle
ja näiden mukaisesti rakennettiin työohjeen runko. Tä-
män jälkeen laadittiin alustava työohje ja lähetettiin se
sähköpostitse asiantuntijaryhmän jäsenille kommentoi-
tavaksi. Asiantuntijaryhmältä saatujen kommenttien ja
parannusehdotusten perusteella työohje muokattiin lo-
pulliseen muotoonsa.

Kaltoinkohdellun lapsen hoitoprosessi ja yhdenmukainen käytäntö yhteis- päivystyksessä

Lasten kaltoinkohtelu aiheena on niin arkaluontoinen,
että sen tunnistaminen ja siihen puuttuminen on vaikeaa.
Sosiaali- ja terveydenhuollossa tarvitaan selkeitä ohjeis-
tuksia ja toimintamalleja, mitkä helpottavat yhteistyötä
eri toimijoiden ja tahojen välillä. (Paavilainen & Flinck
2017, 1.) Hoitohenkilökunnalle suunnatut työohjeet ja toi-

**Lähtökohtana oli
taata saumaton
hoitoprosessi kaltoin
kohdellun lapsen
poliklinikkakäynnillä ja
turvata sillä tasavertainen
kohtelu kaikille
Pohjois-Karjalan
maakunnan alueen
lapsille ja heidän
perheilleen.**

mintamallit auttavat saamaan hoitokäytäntöjä ja päätök-
sentekoa yhdenmukaisemmaksi ja näin ollen turvaamaan
asiakkaiden tasavertaisen kohtelun. (Sarajärvi, Mattila &
Rekola 2011, 120). Tällä opinnäytetyöllä vastattiin kentältä
tulleet tarpeeseen ja moniammatillisesti suunniteltiin
työohje (Liite 1) lasten kaltoinkohtelun tunnistamisesta ja
siihen puuttumisesta päivystyksessä.

Työohjeen sisältö määriteltiin yhteistyössä asiantunti-
jaryhmän kanssa ja sisältö koostuu viidestä osiosta (liite
1). Työohjeessa on lyhyesti kerrottu, mitä lasten kaltoin-
kohtelulla tarkoitetaan ja mitä kaikkia fyysisiä ja muita
merkkejä siihen kuuluu ja mitkä merkit viittaavat kal-
toinkohteluun. Lisäksi työohjeessa neuvotaan se, miten
tulisi toimia epäilyn herätessä ja minkä erikoisalan lääkä-
rin vastuulle lapsen hoito kuuluu tulossyn mukaan. Lo-
puksi työohjeessa käydään läpi yhteistyö sosiaalitoimen
kanssa sekä siihen on liitetty linkit Hoitotyön tutkimus-
säätiön päivitettyyn hoitosuositteluun ja lastensuojelu-
lakiin. Työohje on suunniteltu ja tarkoitettu Yhteispäi-
vystyksen koko hoitohenkilökunnan käyttöön yksikön
kaikissa toimipisteissä.



Kuva: Marc Jacobs. CC BY-NC 2.0

Työohjeen jalkauttaminen tapahtui hoitohenkilökunnalle suunnatun päiväpalaverin yhteydessä opinnäytetyöntekijöiden toimesta. Päiväpalaverin yhteydessä opinnäytetyöntekijät kannustivat palaveriin osallistuneita henkilöitä viemään tietoisuutta työohjeesta muulle henkilökunnalle, jolloin saatiin myös hoitohenkilökunta osallistumaan juurruttamiseen. Toikon & Rantasen (2009) mukaan juurruttamisella tarkoitetaan tulosten levittämistä, joka voi vaatia joko erillistä prosessia tai sulautua kehittämisprosessin sisälle. Uusien käytäntöjen juurruttaminen on yhtä lailla osallistava prosessi kuin itse kehittäminenkin ja siihen osallistamalla saadaan käyttäjiä sitoutettua myös jatkokehittämiseen.

Kehittämisprosessin juurruttamisen tavoitteena tässä opinnäytetyössä oli viedä konkreettinen työohje käytäntöön ja näin ollen lisätä tietämystä aiheesta hoitohenkilökunnan keskuudessa. Osastonhoitajan kanssa sovittiin, että hän jatkaa opinnäytetyön tekijöiden aloittamaa työohjeen juurruttamista yhdessä henkilökunnan kanssa sekä vastaa työohjeen sisällön päivittämisestä ja tehtyjen muutosten hyväksyttämisestä vastuulääkäreillä työohjeen virallisen julkaisun jälkeen. Työohje on löydettävissä Siun Sote-organisaation intranetsivuilta opinnäytetyön valmistuttua.

Lopuksi

Terveysthuollon painiessa suurien muutosten keskellä, ohjeistusten, etenkin näyttöön perustuvien työohjeiden merkitys korostuu. Työohjeet toimivat hoitohenkilökunnan työkaluina, joiden avulla voidaan perustella omaa toimintaa protokollan mukaisesti ja selkeyttää eri ammattiryhmien välistä toimintaa. Hoitosuositusten avulla pystytään tutkittua tietoa jalkauttamaan käytäntöön ja näin näyttöön perustuvaa tietoa saadaan lisättyä hoitotyön toimintaan. Hoitosuositukset yhdenmukaistavat ja tasavertaistavat toimintaa niin asiakaslähtöisesti kuin yksiköiden välisestikin. Hoitosuosituksen jalkauttaminen työohjeen kautta käytäntöön on ennen kaikkea kehittämistoimintaa. Tavoitteena on, että tästä työstä hyötyy koko Siun Sote-organisaatio, ei pelkästään Yhteispäivystys, johon opinnäytetyömme nyt ensisijaisesti kohdentuu.

“

Lasten kaltoinkohtelu aiheena on niin arkaluontoinen, että sen tunnistaminen ja siihen puuttuminen on vaikeaa. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tarvitaan selkeitä ohjeistuksia ja toimintamalleja, mitkä helpottavat yhteistyötä eri toimijoiden ja tahojen välillä.

Lähteet

Goodman, R. & Scott, S. 2005. Child psychiatry. 2. painos. Oxford: Blackwell.

Helsingin Sanomat. 2016. Vauvaansa ravistellut isä vankilaan. 29.5.2016, A14.

Joki-Erkkilä, M., Jaarto, M. & Sumia, M. 2012. Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö. Teoksessa Söderholm, A. & Kivitie-Kallio, S. [toim.] Lapsen kaltoinkohtelu. Porvoo: Kustannus Oy Duodecim. 131-153.

Kallio, P. 2010. Lasten tukikudosvammojen erityispiirteet. Teoksessa Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. [toim.]. Kirurgia. Helsinki: Duodecim. 218- 229.

Knaapi, K. & Mäenpää, I. 2005. Lapsi ja nuori päivystyspotilaana. Teoksessa Koponen, L. & Sillanpää, K. [toim.] Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Lasten kaltoinkohtelun tunnistamisen tehokkaat menetelmät sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hoitotyön suositus. Hoitotyön Tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön Tutkimussäätiö, 2015 [28.4.2016]. Saatavilla: www.hotus.fi.

Maniglio, R. 2009. The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. Clinical psychology review. 29 [2009]. 647-657. https://www.ipce.info/library_2/pdf/Maniglio-impact-csa-health.pdf.

Mieli, 2016. Henkinen väkivalta satuttaa sisältäpäin. Suomen Mielenterveysseura. http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/vaikeat-el%C3%A4m%C3%A4ntilanteet/v%C3%A4kivalta/henkinen-v%C3%A4kivalta-satuttaa-sis%C3%A4lt%C3%A4p%C3%A4in. 28.4.2016.

Miller, T., Steinbeigle, R., Wicks, A., Lawrence, B., Barr, M., Barr, R. 2014. Disability-adjusted life-year burden of abusive head trauma at ages 0-4. Pediatrics. volume 134. Issue 6. http://pediatrics.aappublications.org/content/134/6/e1545. 28.3.2017.

Niskamaa, K. 2005. Lasten murtumat. Teoksessa Soimakallio, S., Kivisaari, L., Manninen, H., Svedström, E., Tervonen, O. [toim.]. 2005. Radiologia. Porvoo: WSOY. 610-628.

Paavilainen, E. & Flinck, A. 2017. The Effectiveness of Methods Designed to Identify Child Maltreatment in Social and Health Care: A Systematic Review. Austin Journal of Nursing and Health Care. 2017;4[1]. 1-8.

Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittymiseen. Helsinki: WSOY pro Oy.

Sittig, J. 2009. Child abuse: The value of systematic screeing at emergency rooms. https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/310677. 29.10.2017.

Sosiaali- ja terveysministerio. 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä2010:4. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2963-0 28.3.2017.

Sosiaali- ja terveysministerion asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. 782/2014. http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20140782. 28.3.2017.

Suomen perustuslaki. 11.6.1999/731. 2 luku, 19§. http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731#L2. 30.10.2017.

Söderholm, A. & Politi, J. 2012. Lapsen laiminlyönti. Teoksessa Söderholm, A. & Kivitie-Kallio, S. [toim.]. 2012. Lapsen kaltoinkohtelu. Porvoo: Kustannus Oy Duodecim. 76-98.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Yliopistopaino Oy – Juvenes Print

Tupola, S., Kivitie-Kallio, S., Kallio, P. & Söderholm, A. 2012. Lapsen fyysinen pahoinpitely. Teoksessa Söderholm, A. & Kivitie-Kallio, S. [toim.].2012. Lapsen kaltoinkohtelu. Porvoo: Kustannus Oy Duodecim. 99-110.

Liite 1. Työohje: Lapsen kaltoinkohteluepäily päivystyksessä

Lapsen kaltoinkohtelu

- Lapsen kaltoinkohtelulla tarkoitetaan fyysistä ja henkistä pahoinpitelyä, seksuaalista hyväksikäyttöä tai sen yritystä sekä hoidon ja huolenpidon laiminlyöntiä

Fyysiset merkit:

- **mustelmat:**
 - o alle 9 kk ikäisellä
 - o mustelmaryypäät tai mustelmat kasvoissa, niskassa, selässä, käsivarren yläosassa, pakaroissa, reisissä
 - o esineen muotoiset mustelmat tai nipistelymustelmat
- **murtumat:**
 - o alle 1-v murtumat
 - o alle 5-v olkavarren diafyysin, lapaluun, kylkiluiden ja nikamien murtumat
 - o useat eri ikäiset murtumat ja tuntematon murtuman syntytap
- **palovammat:**
 - o tarkkarajaiset tai esineen muotoiset, hansikas ja/tai sukkamaiset palovammat, savukkeella polttamisjäljet
- **ravistelun oireet:** velttous, kohtaukset, oksentelu, uneliaisuus, hengityspysähdys
- **kemiallinen pahoinpitely:** epäselvästä syystä unelias, sekava tai tajunnantaso vaihtelee
- **muut:** perineumin eli välilihan alueen vammat tai vammat jotka ristiriidassa tapahtumakuvausten kanssa

Muita merkkejä:

- pitkän aikavälin psyykkiset tai käyttäytymisongelmat, lapsen toistuvat käynnit vastaanotolla
- laiminlyönnin ja pelon merkit lapsessa
- lapsi kertoo kivusta ilman selkeää syytä tai aiheuttajaa
- hoidon ja huolenpidon laiminlyönti, esim. lapsi yksin kotona

Miten toimitaan?

- Kaikilla päivystyksen hoitohenkilökuntaan kuuluvilla on velvollisuus ilmoittaa kaltoinkohteluepäilystä lääkärille, pelkäämättä väärää epäilyä.
- Aina kaltoinkohteluepäilyn herätessä, lapsi ohjataan erikoisalalle ja otetaan yhteys erikoisalan päivystävään lääkäriin puhelimitse alla olevan ohjeen mukaisesti!
- Hoitaja kirjaa kuvauksen vammoista/tapahtuneesta ja epäilystään Päivystyksen jaksoseurantaan, mutta ei ota epäilyä puheeksi potilaan ja perheen kanssa. Keskustelun epäilystä perheen kanssa avaa vain lääkäri!

Kenelle ohjataan?

- Varsinainen tulosyy määrittelee vastuulääkärin, joka konsultoi tarvittaessa toista erikoisalaa (esim. itkuisuuden takia tuleva lapsi pediatrille vaikka löytyisi mustelmia hälyttävistä paikoista)

KIR	PED
Fyysiset vammat	Ravistelu oireyhtymä
Fyysinen pahoinpitely	Seksuaalinen hyväksikäyttö
	Hoidon ja huolenpidon laiminlyönti

Yhteistyö sosiaalitoimen kanssa

- Jos lapsi on potilaana päivystyksessä, lastensuojeluilmoituksen tekee vastuulääkäri
- Jos potilaana ovat lapsen vanhemmat ja herää epäily lapsen hoidon ja huolenpidon laiminlyönnistä (esim lapsi yksin kotona), tulee virka-aikana ottaa yhteys sairaalan sosiaalityöntekijään tai päivystysaikana sosiaalipäivystykseen jatkotoimenpiteitä varten.
 - o Tässä tapauksessa lastensuojeluilmoitus tehdään joko hoitajan tai lääkärin toimesta

Sairaalan sosiaalityöntekijä p. xxx xxxxxxx

Sosiaalipäivystys (24h) p. xxx xxxxxxx



Itseään viiltelevän nuoren kohtaaminen

ANU HAAPALAINEN, TERVEYDENHOITAJA (AMK)
MINNA LAAKKONEN, TERVEYDENHOITAJA (AMK)
MERJA NUUTINEN, LEHTORI,
KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Viiltely on yksi itsetuhoisuuden muoto, joka ilmenee tahallisenä itsensä vahingoittamisena, jolla aikaan saadaan välitön kudosvaurio. Kehoa viilletään tai leikataan joko veitsellä tai muulla terävällä esineellä. Viiltelyyn ei kuitenkaan yleensä sisälly itsemurha-aikeita. (Rissanen, Kylmä & Laukkanen 2008, 40, Rissanen 2009, 31.) Viiltelyä on esiintynyt lisääntyvästi koulumaailmassa sekä tytöillä että pojilla. Tutkimuksien mukaan viiltely on yleisempää tyttöjen keskuudessa. Viiltely aloitetaan yleensä nuoruusiässä ja varsinkin yläkouluikä on viiltelyn aloittamisen kannalta kriittistä aikaa (Niemelä 2014, 33). Viiltely voi olla nuoruuden ohimenevä vaihe, mutta pitkään jatkuneena se kertoo nuoren psyykkisen kehityksen häiriintymisestä ja tunteiden hallinnan kehittymättömyydestä (Marttunen 2013, 115–116). Nuori usein toivoo saavansa apua viiltelyyn, mutta ei välttämättä uskalla ottaa sitä puheeksi apua hakiessaan (Rissanen ym. 2008, 39–40).

Nuoren auttamisessa olennaista on välittäminen, nuoren kuunteleminen, avoin keskustelu ja viiltelyyn puuttuminen. Auttamisen edellytyksenä on tieto ja ymmärrys viiltelystä ilmiönä. (Rissanen 2009, 95.) Kouluterveydenhoitajan merkitys nuoren viiltelyn tunnistamisessa ja siihen puuttumisessa on suuri. Viilteleviä nuoria kohdataan paljon kouluympäristössä kouluterveydenhoitajan vastaanotolla (Myllyviita 2014, 168). Kouluterveydenhoitaja onkin tärkeässä roolissa viiltelevien nuorten auttajana sekä jatkohoidon järjestäjänä. (Haakana & Törmälä. 2011, 29–31.) Tämä artikkeli perustuu Anu Haapalaisen ja Minna Laakkosen, terveydenhoitajaopintojen kehittämistyöhön ”Yläkouluiikäisten nuorten viiltely –Kenelle kertoisin? - opaslehtinen nuorten viiltelystä”.

“

Nuoren auttamisessa olennaista on välittäminen, nuoren kuunteleminen, avoin keskustelu ja viittelyyn puuttuminen.

Nuoruus ja viittely

Nuoruus on ikävaihe lapsuuden ja aikuisuuden välillä. Nuoruudella tarkoitetaan ikävuosia 12–22. (Aalberg & Siimes 2007, 67.) Nuoruusiässä nuori kehittyy fyysisesti ja psyykkisesti sekä hänen sosiaaliset suhteet muuttuvat (Hietala, Kaltiainen, Metsärinne & Vanhala 2010, 40). Nuoruuden kehitystehtäviä ovat irtautuminen lapsuuden vanhemmista ja heidän löytäminen uudelleen tasa-arvoisina aikuisina, puberteettikehityksen, ruumiinkuvan ja oman seksuaalisuuden hyväksyminen sekä ikätovereihin turvautuminen nuoruuden kasvun ja kehityksen aikana. Kehitystehtävien tavoitteena on nuoren itsenäistyminen. (Aalberg & Siimes 2007, 68.) Kehitystehtävät asettavat nuorelle haasteita, joista selviytyminen mahdollistaa nuoren kehittymisen ja siirtymisen seuraavaan kehitysvaiheeseen (Dunderfelt 2011, 85). Nuoruusikä voidaan jakaa eri vaiheisiin: varhaisnuoruuteen, varsinaiseen nuoruuteen ja jälkinuoruuteen. (Aalberg & Siimes 2007, 68.)

Viittely on yksi itsetuhoisuuden muoto, joka ilmenee tahallisenä itsensä vahingoittamisena, jolla aikaan saadaan välitön kudosvaurio. Kehoa viilletään tai leikataan joko veitsellä tai muulla terävällä esineellä. Mikäli saatavilla ei ole terävää esinettä, itseään voi viiltää myös esimerkiksi kynsillä. Viittelyyn ei kuitenkaan yleensä sisälly itsemurha-aikeita. (Rissanen, Kylmä & Laukkanen 2008, 40, Rissanen 2009, 31.) Vaikka viittely ilmiönä on vanha ja se mainitaan jo Raamatussa, aiheena se on kuitenkin edelleen tabu ja siitä on julkisesti puhuttu Suomessa vasta 1990-luvulta saakka. (Rissanen ym. 2008, 35, 40–41.)

Yläkouluikäisistä, 7–9-luokkalaisista, noin 5 % viiltee itseään. Tyttöillä viittely on poikia yleisempää: tytöistä viiltee noin 13 % kun pojilla vastaava luku on noin 2 %. (Rissanen, Kylmä, Hintikka, Honkalampi, Tolmunen &

Laukkanen 2006, 548.) Viittely aloitetaan yleensä nuoruusiässä ja varsinkin yläkouluikä on viittelyn aloittamisen kannalta kriittinen vaihe. Osa viittelijöistä kuitenkin aloittaa itsensä vahingoittamisen jo 11-vuotiaana, alakouluikäisenä. (Niemelä 2014, 33.)

Viittelijällä on usein taustalla monia ongelmia. Psyykkisistä sairauksista mm. masennus ja rajatilahäiriö näyttäytyvät viittelyoireina. Lisäksi viiltelevällä nuorella esiintyy usein muuta itsetuhoista käyttäytymistä, kuten runsasta alkoholin käyttöä ja tupakointia. Lähes 95 % viiltävistä nuorista purkivat ahdistusta ja henkistä paha oloa viiltämällä. Viittelijöistä 67 % kertoi rankaisevansa itseään ja hieman pienempi osa koki hallitsevansa tunteitaan viittelyn avulla. Sosiaaliset syyt ovat myös usein osallisena nuorten viittelyyn. Jopa yli 75 % viittelijöistä viilsivät kokiessaan olonsa yksinäiseksi. Yli 60 %:n kohdalla viittelyä edelsi riita vanhempien kanssa, tai heillä oli haasteita itsetunnon kanssa. (Rissanen ym., 2006, 549.) Itseään viiltäneistä 40,7 % halusi näyttää muille, kuinka epätoivoiseksi he itsensä tuntevat. Hieman yli 30 % halusivat itseään vahingoittamalla selvittää, rakastetaanko heitä ja 24 % haki huomiota. (Hawton, Rodham & Evans 2006, 53.)

“

Viittelijällä on usein taustalla monia ongelmia. Psyykkisistä sairauksista mm. masennus ja rajatilahäiriö näyttäytyvät viittelyoireina. Lisäksi viiltelevällä nuorella esiintyy usein muuta itsetuhoista käyttäytymistä, kuten runsasta alkoholin käyttöä ja tupakointia.

Viiltämällä nuori voi saada psyykkisen pahan olon muunnettua helpommin käsiteltäväksi ja konkreettiseksi fyysiseksi kivuksi. Tämä voi auttaa hetkellisesti nuorta unohtamaan viittelyn taustalla olevat ongelmat, joita nuori ei välttämättä pysty purkamaan sanoiksi. Viittämisen aiheuttama kipu vapauttaa kehossa endorfiineja, jotka stimuloivat samoja reseptoreita kuin opiaatit. Endorfiinit helpottavat fyysistä kipua ja saavat aikaan euforista hyvänolontunnetta johon viiltäjä voi tulla riippuvaiseksi. (Laukkanen, Rissanen, Tolmunen, Kylmä & Hintikka 2013, 41–42; Myllyviita 2014, 30–31, 51.)

Viittelyyn liittyy usein häpeä. Häpeä ja syyllisyys voivat juontaa juurensa varhaislapsuuden kaltoinkohtelusta tai laiminlyönnestä. Tekona viiltäminen voi lisätä häpeän tunnetta ja salailun tarvetta. Näin nuori joutuu noidankehään, jossa ratkaisu ruokkii ongelmaa. (Myllyviita 2014, 90–92.) Viittelystä syntyneet arvet voivat aiheuttaa haasteita nuoren sosiaalisessa elämässä. Uusia ihmissuhteita voi olla haastavampaa rakentaa, mikäli ei nuori ei ole valmis käsittelemään ja paljastamaan viiltämistaustaan. Haavojen ja arprien piilottelu voi rajoittaa nuoren päivittäisiä toimintoja estämällä nuorta harrastamassa itselleen tärkeää harrastusta, joka tuottaisi nuorelle hänen tarvitsemaansa mielihyvää. (Niemelä 2014, 44, 57.)

Itseään viiltelevän nuoren kohtaaminen ja auttaminen

Viittely voi olla nuoruuden ohimenevä vaihe, mutta pitkään jatkuneena se kertoo nuoren psyykkisen kehityksen häiriintymisestä ja tunteiden hallinnan kehittymättömyydestä (Marttunen 2013, 115–116). Nuori usein toivoo saavansa apua viittelyyn, mutta ei välttämättä uskalla ottaa sitä puheeksi apua hakiessaan (Rissanen ym. 2008, 39–40). Nuoren kertoessa viittelystä, tulisi viittelyyn aina suhtautua vakavasti ja fyysisiin viittelyvammoihin tulisi suhtautua myötätuntoisesti (Marttunen 2013, 115–116).

Rissanen (2009, 92) tekemän tutkimuksen mukaan nuoret haluavat tulla autetuiksi. Nuorta voi auttaa kuka tahansa hänen lähipiiristään, joka tietää nuoren viittelystä. Auttajia voivat olla mm. ystävät, vanhemmat, sisarukset, opettajat ja hoitohenkilökunta. Viiltelevistä nuorista yli 86 % ilmoitti myös jonkun muun tietävän hänen viittelystään. Yleisimmin tämä henkilö oli ystävä tai äiti. Terveystietäjien tietoon viittely tulee harvoin, alle 12 % tapauksista, opettajille vielä harvemmin. Vajaa viidennes viittelijöistä on hakeutunut terveydenhuollon piiriin hakeakseen apua. (Rissanen ym. 2006, 549–550.) Nuoren

auttamisessa olennaista on välittäminen, nuoren kuunteleminen, avoin keskustelu ja viittelyyn puuttuminen. Auttamisen edellytyksenä on tieto ja ymmärrys viittelystä ilmiönä. (Rissanen 2009, 95.)

Mikäli herää huoli lapsen itsetuhoisesta ajattelusta tai käyttäytymisestä, tulisi asia ottaa puheeksi nuoren kanssa. Kysymällä suoraan nuorelta, onko hän harkinnut itsensä vahingoittamista tai pohtinut omaa kuolemaansa, hänelle voi tulla tunne, että hänen paha olonsa kyetään ottamaan vastaan ja hän voi kertoa epätoivostaan. Kaikki nuorten itsetuhoiset puheet tulee ottaa vakavasti, sillä ne voivat konkretisoida itsetuhoisuuteen sopivien välineiden ja tilanteen ollessa läsnä. Itsensä vahingoittaminen esimerkiksi viittelynä ennakoii myöhempää itsemurhayritystä, joten viittelyyn tulee puuttua heti huomattaessa. (Puura & Mäntymaa 2012, 1332.)

Ihminen toimii usein lyhytjännitteisesti ja hakee nopeaa helpotusta hankalaan tilanteeseen tai tunteeseen. Tästä on esimerkkinä itsensä viiltäminen paha oloa tuntiessa. Mikäli mieliteon konkretisoitumista teoksi pystyy hillitsemään, vaikka esimerkiksi viiden minuutin ajan, teon ajatuksiin luoma mielihyväimpulssi voi laimeta. Tämän jälkeen henkilö todennäköisesti valitsee itselleen omia arvojaan paremmin vastaavan toiminnan tilanteen ratkaisemiseksi. Uusien keinojen oppimiseen nuori tarvitsee rohkaisua ja usein muiden ihmisten apua. (Myllyviita 2014, 40, 52–53.) Itseään viiltelevän nuoren sosiaalinen elämä usein rajoittuu pahan olon takia. Vertaistukiryhmät ja nuoren sosiaalisten suhteiden vahvistaminen voi auttaa nuorta viittelyn lopettamisessa. (Brennan 2016.)

“

Auttamisen edellytyksenä on tieto ja ymmärrys viittelystä ilmiönä.

Viiltelevä nuori kouluterveydenhuollon asiakkaana

Kouluterveydenhuolto on lakisääteistä ja maksutonta perusterveydenhuollon ehkäisevää palvelua, joka on tarkoitettu peruskoulua käyville lapsille ja nuorille sekä heidän perheilleen. Kouluterveydenhuolto sijaitsee usein koululla tai koulun välittömässä läheisyydessä. Kouluterveydenhuollossa työskentelevät kouluterveydenhoitaja ja -lääkäri. (THL 2014a.) Kouluterveydenhoitaja on terveyden edistämisen asiantuntija kouluyhteisössä. Hän edistää nuorten hyvinvointia ja terveyttä sekä edistää ja tukee opintoja. (THL 2014b.)

Kouluterveydenhoitajan merkitys nuoren viiltelyn tunnistamisessa ja siihen puuttumisessa on suuri. Viilteleviä nuoria kohdataan paljon kouluympäristössä kouluterveydenhoitajan vastaanotolla (Myllyviita 2014, 168). Nuoret käyvät vuosittain terveystarkastuksissa kouluterveydenhoitajan luona. Terveystarkastuksien lisäksi kouluterveydenhoitajat pitävät nuorille sairastuvastuntoja koulupäivien aikana. (THL 2014b.) Terveystarkastusten eri tahoista kouluterveydenhuolto tavoittaa yläkouluikäiset nuoret parhaiten (Haakana & Törmälä. 2011, 35).

Luottamuksellinen ja vuorovaikutuksellinen suhde nuoren ja kouluterveydenhoitajan välillä rohkaisee nuorta kertomaan kouluterveydenhoitajalle huolistaan. Nuoret saattavat ottaa viiltelyn puheeksi terveystarkastuksen yhteydessä muiden asioiden ohessa. Terveystarkastus on myös kouluterveydenhoitajalle tilaisuus huomata nuoren viiltelyjäljet ja ottaa asia puheeksi nuoren kanssa. Nuoren viiltelyn tullessa ilmi, kouluterveydenhoitaja on tärkeässä roolissa viiltelevien nuorten auttajana sekä jatkohoidon järjestäjänä. (Haakana & Törmälä. 2011, 29–31.)



Piiros: Minna Laakkonen

Kouluterveydenhoitajan merkitys nuoren viiltelyn tunnistamisessa ja siihen puuttumisessa on suuri.

Pohdintaa

Viiltely on aiheena edelleen haastava ja vaikea ottaa puheeksi, vaikka ilmiönä sen tiedetään olleen olemassa kauan. Viiltelyn mielletään olevan varsinkin nuorten tyttöjen keskuudessa esiintyvä itsensä vahingoittamisen muoto, johon voi liittyä psyykkisiä oireita. Aika ajoin viiltelyä esiintyy runsaammin ja siitä saattaa tulla nuorten keskuudessa jopa muoti-ilmiö.

Viiltelevät nuoret saattavat tuoda viiltelyn esiin ulkopuoliselle ja toivoa että siihen puututtaisiin. Näissä tilanteissa ammattilaisen rooli ja valmiudet käsitellä haastavaa aihetta on merkittävässä roolissa nuoren tulevaisuuden kannalta. Aiheeseen tutustumiseen ja siitä keskustelemiseen tulisi nuorten parissa työskentelevillä olla enemmän valmiuksia.

Nuoren kertoessa itsensä vahingoittamisesta, asiaan tulisi aina suhtautua vakavasti. Usein itsensä viiltely ennakoi itsensä pahempaa vahingoittamista tulevaisuudessa. Asioista tulisi keskustella avoimesti ja syyllistämättä, sillä usein viiltelyyn liittyy myös häpeän tunne. Rauhallinen ja tuomitsematon asenne ja olemus voivat auttaa nuorta ottamaan vastaan tarjottu ja saatavilla oleva apu.

“
Rauhallinen ja
tuomitsematon asenne
ja olemus voivat
auttaa nuorta
ottamaan vastaan
tarjottu ja saatavilla
oleva apu.

Lähteet

Aalberg, V. & Siimes, M. 2007. Lapsesta aikuiseksi- nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Helsinki: Nemo, 67-73, 106-109.

Brennan, D. 2016. Teens, cutting and self-injury. Teen health. WebMD. <http://teens.webmd.com/cutting-self-injury>. 9.1.2017.

Dunderfelt, T. 2011. Elämäнкаaaripsykologia. Helsinki: WSOYpro Oy, 85–88.

Haakana, K. & Törmälä, T. 2011. Nuorten viiltely, sen varhainen tunnistaminen ja siihen puuttuminen – kouluterveydenhoitajien kokemuksia. Saimaan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Terveystenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Opinnäytetyö.

Hawton, K. Rodham, K. & Evans, E. 2006. By Their Own Young Hand: Deliberate Self harm and Suicidal Ideas in Adolescents. Lontoo: Jessica Kingsley Publishers.

Hietala, T., Kaltiainen, T., Metsärinne, U. & Vanhala, E. 2010. Nuori ja mieli – koulu mielenterveyden tukena. Helsinki: Tammi, 40–43.

Laukkanen, E., Rissanen, M-L., Tolmunen, T., Kylmä, J. & Hintikka, J. 2013. Adolescent self-cutting elsewhere than on the arms reveals more serious psychiatric symptoms. Teoksessa Barker, E., Snider, A-M., McPhedran S. & De Leo, D. (toim.) Suicide research: selected readings Volume 9. Queensland: Australian Academic Press, 49 – 50. https://cms-dev.itc.griffith.edu.au/__data/assets/pdf_file/0005/541814/volume9-suicide-research.pdf#page=58. 30.12.2016

Marttunen, M. 2013. Nuoren itsetuhoisuus. Teoksessa Nurmi, P. (toim.) Lapsen ja nuoren viha. Juva: PS- Kustannus, 109–119.

Myllyviita, K. 2014. Vapaaksi viiltelystä. Helsinki: Duodecim, 18–31, 40, 168–171.

Niemelä, M. 2014. ”Rakkaudesta veitsiin” Viiltely ja vertaistuki internetin avoimessa vertaistukiryhmässä. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Sosiaalityön Pro gradu-tutkielma.

Puura, K. & Mäntymaa, M. Suomen lääkirilehti 67 [17/2012], 1329–1333. <http://www.fimnet.fi/tietopalvelu.karelia.fi/cl/laakarilehti/pdf/2012/SLL172012-1329.pdf>. 10.1.2017.

Rissanen, M-L, Kylmä, J., Hintikka, J., Honkalampi, K., Tolmunen, T. & Laukka-nen, E. 2006. Itseään viiltelevän nuoren monet ongelmat. Suomen Lääkirilehti 61 [6/2006], 547 – 551. <http://www.fimnet.fi/tietopalvelu.karelia.fi/cl/laakarilehti/pdf/2006/SLL62006-547.pdf>. 10.1.2017

Rissanen, M-L., Kylmä, J. & Laukkanen, E. 2008. Viiltojen viestit- itsensä viil-täminen nuorten kuvaamana. Nuorisotutkimus [1], 39–40.

Rissanen, M-L. 2009. Helping adolescents who self-mutilate a practice theory. Kuopion yliopisto. Väitöskirja.

THL. 2014a. Kouluterveydenhuolto. <https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/opiskeluhoolto/kouluterveydenhuolto>. 19.01.2017.

THL. 2014b. Terveystenhoitaja. <https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/opiskeluhoolto/kouluterveydenhuolto/toimijat/terveydenhoitaja>. 03.01.2017.



Tämän kirjan julkaiseminen sai alkunsa Karelia-ammattikorkeakoulun ylemmässä ammattikorkeakoulututkinnossa tehdyistä lasten ja nuorten hoitotyötä käsittelevistä opinnäytetöistä. Pääosa julkaisun artikkeleista pohjautuukin opinnäytetöihin. Lisäksi julkaisun kirjoittajina on lasten ja nuorten hyvinvoinnin kehittämisen parissa toimivia asiantuntijoita.

Julkaisu on suunnattu sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille ja opiskelijoille. Julkaisun ajankohtaisten teemojen toivotaan tuovan lukijalle uutta pohdittavaa ja osaamista. Artikkelien aiheita ovat mm. osastonhoitajan työ lasten-osastolla, hoitohenkilökunnan rooli surevan lapsen ja nuoren tukemisessa, lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen yhteis-päivystyksessä sekä isäneuvolatoiminta.

ISBN 978-952-275-248-2

ISSN-L 2323-6876

ISSN 2323-6876